



FYYSINEN KUNTOUTUS OSANA KUNTOUTTAVAA HOITOTYÖTÄ

Harjulan sairaala, osasto 5

TEKIJÄ: Maiju Häkkilä
Maaria Tupamäki

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ	7
3	FYYSINEN KUNTOUTUS	9
3.1	Päivittäiset toiminnot.....	9
3.2	Fyysinen toimintakyky	9
3.3	Fyysisen toimintakyvyn arviointi	10
3.4	Hoidon suunnittelu.....	10
4	LIKKUMINEN OSANA FYYSISTÄ KUNTOUTUSTA.....	12
4.1	Apuvälineet	12
4.2	Potilassiirrot.....	13
4.2.1	Siirtyminen sängyllä	14
4.2.2	Istumaan nouseminen	14
4.2.3	Siirtyminen vuoteesta tuoliin ja takaisin	15
4.2.4	Asennon korjaus	15
4.2.5	Kävely	15
4.2.6	Lattialta nouseminen	16
5	YMPÄRISTÖ OSANA FYYSISTÄ KUNTOUTUSTA	17
5.1	Kulkuväylät ja hissit	17
5.2	Kylpyhuone ja wc-tilat	17
5.3	Pöydät ja tuolit	18
6	HARJULAN SAIRAALA OSASTO 5.....	19
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	20
8	TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSAINEISTO	21
8.1	Menetelmä	21
8.2	Kohderyhmä	21
8.3	Aineistonkeruutapa	21
8.4	Aineiston analyysitapa	22
9	TULOKSET	23
9.1	Kuntouttava työote	24
9.2	Toimintakyvyn arviointi ja hoidon suunnittelu	24
9.3	Liikkuminen	25

9.4	Fysioterapia.....	26
9.5	Ergonomia.....	27
9.6	Ympäristö.....	27
10	POHDINTA.....	28
10.1	Tulosten pohdinta	28
10.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	31
10.3	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	32
10.4	Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu	33
	LÄHTEET	34
	LIITE 1	38
	LIITE 2	39

Koulutusala			
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma			
Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t)			
Maiju Häkkinen, Maaria Tupamäki			
Työn nimi			
Fyysinen kuntoutus osana kuntouttavaa hoitotyötä. Harjulan sairaala, osasto 5.			
Päiväys	13.5.2015	Sivumäärä/Liitteet	38/5
Ohjaaja(t)			
Lehtori Eija Partanen-Kivinen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)			
Harjulan sairaala, osasto 5			
Tiivistelmä			
<p>Kuntouttava hoitotyö on laaja käsite ja siihen liittyy monia eri osa-alueisiin liittyviä kuntoutusmenetelmiä. Kuntouttavalla työotteella pyritään palauttamaan potilaan toimintakyky ennalleen tai ylläpitämään jäljellä olevaa toimintakykyä. Huomioon tulee ottaa niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinenkin osa-alue. Tässä opinnäytetyössä keskityttiin fyysiseen kuntoutukseen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa liikkumiseen liittyvän fyysisen kuntoutuksen konkreettista toteutumista Harjulan sairaalan osasto 5:n kuntouttavassa hoitotyössä, koota hoitajien kokemukset yhteen ja laatia niistä raportti. Tavoitteena oli selvittää mahdolliset kehittämistarpeet, jotta he voisivat kehittää toimintaansa.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Harjulan sairaalan osasto 5:n hoitajat, jotka olivat vastanneet lomakehaastatteluun. 20 hoitajasta kyselyyn vastasi 12. Tutkimus tehtiin laadullista menetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin paperisilla kyselylomakkeilla. Kyselyn tuloksia analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksessa selvisi, että hoitajat olivat motivoituneita kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen fyysisen kuntoutuksen osalta. Kuntouttava työote näkyi hoitajien päivittäisessä työskentelyssä osastolla. Käytössä oli useita mittareita, jotka tukevat hoidon suunnittelua ja toteutusta. Yhteistyö fysioterapeuttien kanssa oli toimivaa ja apuvälineitä oli riittävästi ja monipuolisesti käytettävissä. Liikkumisen harjoittelu eri keinoin on edellytys kuntoutumiselle, mikä korostui osaston toiminnassa. Osastolla työ on fyysisesti kuormittavaa, minkä vuoksi ergonomian huomioiminen on tärkeää. Ergonomia pyrittiin huomioimaan kaikessa työskentelyssä, mutta eri syistä johtuen se ei aina toteutunut.</p> <p>Vastausten perusteella ajoittainen kiire oli merkittävä este fyysisen kuntoutuksen toteutumiselle. Silloin potilaiden liikkumisen harjoittelussa avustaminen väheni, potilasta avustettiin liikaa siirtymisissä ja ergonomia ei toteutunut työskentelyssä. Kiireessä myös tarkoituksenmukainen apuvälineiden käyttö unohtui. Puutteita havaittiin mittareiden käytössä ja hoitosuunnitelman päivittämisessä. Osaston fyysiset tilat koettiin ahtaiksi, mistä voi aiheutua vaaratilanteita. Ympäristön toimimattomuus vaikeutti liikkumista ja saattoi myös hidastaa kuntoutumista.</p>			
Avainsanat			
fyysinen kuntoutus, apuvälineet, ympäristö, potilassiirrot, tutkimus			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Maiju Häkkinen, Maaria Tupamäki			
Title of Thesis Physical rehabilitation as a part of rehabilitative nursing. Harjula Hospital, ward 5.			
Date	13.5.2015	Pages/Appendices	38/5
Supervisor(s) Senior lecturer Eija Partanen-Kivinen			
Client Organisation /Partners Harjula Hospital, ward 5			
<p>Abstract</p> <p>Rehabilitative care is a broad term and a combination of many different rehabilitation methods. The patient's functional ability is tried to bring to the normal level or to maintain the remaining function by a rehabilitative approach. The patient's physical, psychological and social sectors must be observed. This thesis focused on physical rehabilitation.</p> <p>The purpose of this thesis was to survey concrete implementation of physical rehabilitation at Harjula hospital, ward 5. The purpose was to gather all of the nurses' experiences and write out a report about them. The aim of this thesis was to sort out possible development needs so that they could develop their work.</p> <p>The target group of the research was the nurses of Harjula sairaala, ward 5 who had answered the questionnaire. 12 nurses of 20 answered the inquiry. The research was made by using a qualitative research method. The material was gathered by using paper blankets. The results were analyzed with data-driven content analysis.</p> <p>The research revealed that the nurses were motivated to carry out the physical part of the rehabilitative care. The rehabilitative approach showed in the daily work of the nurses on the ward. Multiple indicators were used supporting the planning and implementing of care. The cooperation with physiotherapists worked well and there was enough diverse assistive equipment to use. Different ways of exercising are a prerequisite for rehabilitation which was highlighted in the operation of the ward. Work on the ward is physically hard which means that it is important to pay attention to ergonomics. Ergonomics was taken into account in all kind of work but because of different causes it was not always realized in practice.</p> <p>According to the answers a significant impediment for physical rehabilitation was an occasional hectic schedule. Then helping patients in exercising decreased and patients were helped too much in relocations. Also ergonomics was not taken into account. In haste the appropriate use of assistive equipment was forgotten. Shortcomings in the use of indicators and in the update of the care plan were noticed. The physical space of the ward was felt to be cramped, which can cause dangerous situations. The shortcomings regarding space complicated exercising and could also slow down the rehabilitation.</p>			
<p>Keywords</p> <p>physical rehabilitation, handmaid, environment, patient transfer, research</p>			

1 JOHDANTO

Kuntouttava hoitotyö on laaja käsite ja siihen liittyy monia eri osa-alueisiin liittyviä kuntoutusmenetelmiä. Kuntouttavalla työotteella pyritään palauttamaan potilaan toimintakyky ennalleen tai ylläpitämään jäljellä olevaa toimintakykyä. Huomioon tulee ottaa niin fyysinen, psyykkinen kuin sosiaalinenkin osa-alue. (Atula 2015.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään fyysiseen kuntoutukseen.

Harjulan sairaala on kuntouttavaa hoitotyötä harjoittava yksikkö. Sairaala on kaavailtu Suomen johtavaa kuntouttavan hoitotyön yksikköä, joten on tärkeää, että heidän erikoisalansa toteutuu käytännössä. Harjulan sairaala tarvitsee kuntoutukseen liittyvää kartoitusta, sillä he haluavat tietää toteutuuko heidän maineensa laadukkaan kuntoutuksen sairaalana käytännön työssä. Sairaalan henkilökunta on kiinnostunut tutkimuksen tuloksista ja on ilmaissut tarvitsevänsä tutkimusta. Meitä opinnäytetyön aihe kiinnostaa, koska molemmilla on kokemusta kuntoutuksesta. Työssämme olemme huomanneet, kuinka onnistunut kuntoutus nopeuttaa potilaan paranemista ja toipumista esimerkiksi leikkauksesta. Kuntoutuksella voidaan myös ehkäistä potilaan laitostumista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaan liikkumiseen liittyvän fyysisen kuntoutuksen sisällöt ja niiden toteutuminen hoitajien kokemana Harjulan sairaalan osasto 5:lla. Tavoitteena on kyselyn avulla selvittää mahdolliset kehittämistarpeet, jotta osaston henkilökunta voisi kehittää toimintaansa.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Aineisto kerätään Harjulan sairaalan osasto 5:n hoitajilta. Annamme kaikille osaston 20 hoitajalle täytettäväksi kyselyn, johon toivomme heidän vastaavan mahdollisimman totuudenmukaisesti ja kattavasti. Mukaan liitämme saatekirjeen, jossa kerromme tutkimuksen tavoitteet ja tarkoituksen. Tutkimuksemme vastaa kysymyksiin ”Minkälaista on Harjulan sairaalan osasto 5:n liikkumiseen liittyvä fyysinen kuntouttava hoitotyö?” ja ”Kuinka hyvin se toteutuu hoitajien kokemana?”.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja kansantaloudellisesti merkittävä, koska oikeanlaisella kuntoutuksella saadaan aikaan hyviä tuloksia ja sillä on suuri merkitys asiakkaan elämänlaadun kannalta. Tutkimuksen myötä hoitotyön ammattilaiset saavat uutta tietoa aiheesta ja tulevaisuudessa heillä on paremmat valmiudet huomioida kuntouttava työote omassa toiminnassaan. Suurten ikäluokkien vanhetessa ja väestön ikärakenteen muuttuessa olisi tärkeää, että hoitotyössä kiinnitetään entistä enemmän huomiota ihmisten kuntouttamiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen.

2 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

Kuntoutus on kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakyvyn vahvistamista. Tavoitteena on edistää kuntoutujan hyvinvointia ja itsenäistä selviytymistä eri elämänvaiheissa sekä osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä. Kuntoutuksen avulla lisääntyvät myös ihmisen voimavarat ja hallinnan tunne. (Kuntoutusportti 2014 A; Sosiaali- ja Terveysministeriö 2014.) Kuntoutus pitää usein sisällään fyysistä kuntoutusta liikkumisen edistämiseksi, toimintaterapiaa päivittäisistä toiminnoista selviytymisen tueksi, puhe-kielenterapiaa puhumisen, kuullun ymmärtämisen, lukemisen, kirjoittamisen ja nielemisen tueksi sekä kivunhoitoa. Kuntoutus on aina yksilöllisesti potilaan tarpeisiin kohdennettua. (U.S. National Library of Medicine 2015.)

Kuluneina vuosikymmeninä kuntoutuksessa ja kuntoutuksen tukemisessa on tapahtunut monia muutoksia yhteiskunnan muuttumisen myötä. Tämä on vaikuttanut sekä kuntoutujaan että työntekijänkin tekemiseen ja ajatteluun. Kuntoutujan rooli on korostunut entisestä ja kuntoutuksen tehtävät ovat monimuotoisempia. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä ja Ihalainen 2009, 6.)

Sosiaali- ja terveysalalla näkyviä muutoksia ovat muun muassa avohoidon kehittyminen ja lisääntyminen. Samalla laitoshoidon tarvitsevien määrä on suhteessa vähentynyt. Myös ennaltaehkäisevään työhön on kiinnitetty entistä enemmän huomiota. Fyysinen ja psykososiaalinen toimintakyvyn heikkeneminen pitäisi huomioida mahdollisimman varhain ja pyrkiä ennaltaehkäisemään sitä. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tulisi pitää kokoajan yllä toimintakykyä aktivoivaa eli kuntoutumista tukevaa työtettä. Toimintakykyä tukevia palveluja tarvitaan tulevaisuudessa yhä enemmän väestön ikääntymisen vuoksi. Tavoitteena on, että ikäihmiset selviytyisivät kotona mahdollisimman pitkään omatoimisin ja itsenäisinä. (Kettunen ym. 2009, 6.)

Eri kuntoutusmuotoja voidaan luokitella muun muassa seuraavasti: lääkinnällinen kuntoutus, kuntouttava työtoiminta, ammatillinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia. Lääkinnällistä kuntoutusta annetaan sairaaloiden, terveyskeskusten ja työterveyshuollon potilaille esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauden aiheuttaman fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen parantamiseksi ja ylläpitämiseksi. Kuntouttavaan työtoimintaan voivat osallistua pitkäaikaistyöttömät. Työkyvyttömyyden uhatessa Kela voi järjestää ammatillista kuntoutusta kansalaisille. Kuntoutuspsykoterapiaa voi saada ihminen, jonka työ- tai opiskelukyky on vaarassa huonontua mielenterveyden häiriön takia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Opinnäytetyössämme käsittelemme lääkinnällistä kuntoutusta, jota Harjulan sairaala tarjoaa potilailleen.

Kuntien tehtävänä on järjestää asukkailleen lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut (Kuntoutusportti 2014 A). Lääkinnällinen kuntoutus eli toimintakykykuntoutus parantaa tai ylläpitää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Kuntoutusportti 2013). Terveystalolaki, Kansanterveyslaki ja Erikoissairaanhoidonlaki määrittävät näitä kansalaisen oikeuksia. Lisäksi kuntien sosiaalihuollon ja vammaispalvelujen avulla tukea voivat saada erityistä kuntoutusta tarvitsevat henkilöt, kuten vanhukset. Näitä oikeuksia määrittävät Sosiaalihuoltolaki, Laki vammaisuuden

perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, Laki kehitysvammaisten erityishuollosta, Lastensuojelulaki, Päihdehuoltolaki, Laki kuntouttavasta työtoiminnasta ja Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä. (Kuntoutusportti 2014 A.)

Kuntoutujalle laaditaan kuntoutussuunnitelma, jonka tekemiseen olisi hyvä osallistua kuntouttajan lisäksi myös kuntoutuja itse. Kuntoutusprosessissa seurataan, toteutuuko se suunnitelman mukaan. Kuntoutumisella on hyvin yksilöllisiä vaikutuksia; esimerkiksi onnellisuutta, hyvinvointia ja parempaa terveyttä tai elämänhallintaa, itsemääräämisoikeutta ja voimaantumista. (Kuntoutusportti 2014 A.)

3 FYYSINEN KUNTOUTUS

Fyysisen kuntoutuksen perustavoitteena on potilaan mahdollisimman itsenäinen suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista. Se on suunnitelmallista toimintaa potilaan toiminta- ja selviytymiskyvyn parantamiseksi, mutta tavoitteet pitää asettaa realistisiksi. Lääkinnällinen kuntoutus tarkoittaa lääketieteen perusteiden suunniteltuja ja toteutettuja toimenpiteitä joiden avulla voidaan parantaa potilaan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä ja sen myötä potilaan hyvinvointia sekä osallistumismahdollisuuksia. Fyysisen kuntoutuksen tulisi olla sisältyneenä kaikkiin hoitotoimiin, mitä potilas tarvitsee päivittäisistä rutiineista selviytyäkseen. Hoitaja siis tukisi potilaan omatoimisuuden ja voimavarojen kehittymistä tekemällä potilaan puolesta niin vähän kuin mahdollista. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä ja Ihalainen 2002, 223-224; Miettinen 2012; Kuntoutusportti 2014 B.) Tässä opinnäytetyössä keskitymme kuntouttavan hoitotyön osalta Harjulan sairaalan erityisosa-alueisiin; lääkinällisen kuntoutuksen fyysiseen osa-alueeseen, liikkumisessa avustamiseen ja ympäristön esteettömyyteen.

3.1 Päivittäiset toiminnot

Päivittäiset toiminnot jaetaan kahteen eri luokkaan: ADL eli Activities of Daily Living ja IADL eli Instrumental Activities of Daily Living. ADL kuvaa päivittäisiä perustoimintoja, kuten peseytymistä, pukeutumista, ruokailua, pidätyskykyä, wc:ssä asiointia sekä kotona liikkumista. IADL taas pitää sisällään laajemmat toimintokokonaisuudet kuten ruuanlaitto, ostoksilla käynti, raha- ja lääkinällisten asioiden hoito, puhelimen käyttö, kodinhoitotoimet ja liikkuminen paikasta toiseen. (Käypä hoito 2006.) Työelämästä ja opiskelusta suoriutuminenkin ovat osa IADL:n toimintoja (THL 2014, A).

Ihmisen on suoriuduttava näistä päivittäisistä toiminnoista omatoimisesti omassa elinympäristössään, jotta hän pystyisi elämään ilman apua omassa taloudessaan. Jos päivittäisissä toiminnoissa on vain vähän osa-alueita joissa potilas tarvitsee apua, hän voi selviytyä vielä kotonaan apuvälineiden, ympäristön muokkauksen ja toistuvan ulkopuolisen avun turvin. Mikäli potilas tarvitsee apua suuressa osassa päivittäisiä toimintoja, hän ei enää kykene asumaan kotonaan. (Käypä hoito 2006.)

Kuntouttavalla hoitotyöllä pyritään edistämään potilaan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Fyysinen toimintakyky liittyy kaikkiin päivittäisiin toimintoihin, minkä takia fyysisen kuntoutuksen osuus kuntouttavassa hoitotyössä on merkityksellinen. Päivittäisissä toiminnoissa tarvitaan myös kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä mutta keskitymme tässä työssämme fyysiseen osa-alueeseen. (THL 2014, A.)

3.2 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa sitä, miten keho suoriutuu eri tehtävistä. Päivittäisissä toiminnoissa ja ruumiillisissa ponnistuksissa vaaditaan fyysistä toimintakykyä. Fyysistä toimintakykyä ei voi

parantaa ottamatta huomioon psykososiaalisia tekijöitä. Ihminen tarvitsee omaa tahtoa, motivaatiota ja toista ihmistä tukemaan, jotta hän pystyisi oppimaan uusia fyysisiä taitoja. Toimintakyky ja terveydentila ovat vahvasti kytköksissä toisiinsa. Sairaus, esimerkiksi liikuntarajoitus, saattaa näkyä fyysisen toimintakyvyn heikentymisenä. Toisaalta taas toimintakyvyn parantuminen vie sairaudelta painoarvoa ja näin edistää terveyttä. (Kettunen ym. 2009, 91.)

Monet arkielämän asiat vaativat fyysistä toimintakykyä. Esimerkiksi joillakin työpaikoilla työntekijät tekevät fyysisesti rasittavaa työtä ja liikunnan harrastamisessa tarvitaan fyysisiä valmiuksia. Fyysistä kuntoa voidaan parantaa aina, iästä riippumatta. Toisaalta nuoren kasvuiässä olevan ihmisen on helpompi oppia uusia fyysisiä taitoja kuin jo vanhuuden ikään ehtineen. (Kettunen ym. 2009, 91.)

3.3 Fyysisen toimintakyvyn arviointi

Potilastiedoista saadaan arvokasta tietoa potilaan aiemmasta ja nykyisestä toimintakyvystä. Myös potilasta haastatteleamalla sekä havainnoimalla saadaan tietoa tämänhetkisestä tilanteesta. (Venetvaara 2012, 5.)

Luotettavan tiedon saamiseksi on tärkeää, että toimintakyvyn mittaamisessa käytetään yksilöllisesti kullekin potilaalle sopivia keinoja ja testejä. Toimintakykyä mittaavia mittareita on käytössä kymmeniä. Niiden joukosta pitää löytää joka kerta kyseiselle potilaalle sopivin mittari. Testin valitseminen sekä tulosten tulkinta kuuluvat fysioterapeutille, toimintaterapeutille tai lääkärille. Testin voi tehdä muukin laillinen terveydenhuollon ammattihenkilö, kuten sairaanhoitaja. (Kettunen ym. 2002, 139.)

Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida laajasti tai jokin yksittäinen osa-alue huomioiden. Esimerkkejä laaja-alaisista testeistä ovat RaVa-indeksi(Rajala-Vaissi-mittari) ja ADL-mittaristo (Kettunen ym. 91). Toimintakyvyn arvioiminen RaVa-indeksillä perustuu havainnointiin ja haastatteluun erilaisten valmiiksi annettujen kysymysten ja valmiiden vastausvaihtoehtojen mukaisesti (THL 2011-2014, A). ADL-mittaristoon sisältyy kaksi erilaista toimintoluokkaa. IADL-toiminnot ovat instrumentaalisia toimintoja, kuten asioiden hoito tai erilaisten välineiden käyttö. PADL-toiminnot(Primary Activities of Daily Living) kuvaavat päivittäisiä toimintoja eli itsensä hoitamista. Haluttaessa tietoa joltain yksittäiseltä osa-alueelta, voidaan käyttää erilaisia kävelytestejä, tasapainotestejä ja puhallusmittauksia. Erilaisin keinoin ja testein voidaan arvioida myös koordinaatiokykyä, reaktiokykyä, lihasvoimaa sekä notkeutta. (Kettunen ym. 2009, 91-94.)

3.4 Hoidon suunnittelu

Hoitoprosessiin kuuluu eri vaiheita hoidon tarpeen määrittämisestä suunnittelun ja toteutuksen kautta tulosten arviointiin. Hoidon tarvetta määritettäessä potilaasta kootaan eri keinoin hoidon kannalta tärkeitä tietoja kuten terveysongelmia ja voimavaroja, joihin voidaan hoitotyön keinoilla vaikuttaa. Näiden tietojen perusteella voidaan suunnitella hoitoa ja laatia tavoitteita. Tavoitteiden arvioinnissa kiinnitetään huomiota realistiseen aikatauluun sekä tuloksiin ja niiden arviointikeinoihin.

Lopuksi suunnitellaan hoitotoiminnot joiden avulla näitä tavoitteita kohti lähdetään etenemään. Kaikki nämä tiedot eli hoitosuunnitelma kirjataan potilastietojärjestelmään potilaan omiin tietoihin. Hoitosuunnitelmaa arvioidaan ja päivitetään säännöllisin, ennalta määrätyin väliajoin. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007).

4 LIIKKUMINEN OSANA FYYSISTÄ KUNTOUTUSTA

Liikkuminen on oleellinen asia ajateltaessa itsenäistä toimintakykyä. Jos ihminen ei kykene liikkumaan ilman apua, hän tarvitsee todennäköisesti apua monessa muussakin asiassa. Potilaiden itsensä kokemana liikuntakyky on yksi tärkeimpiä toimintakykyä ylläpitäviä tekijöitä. (Kettunen ym. 2002, 226.) Yksilön toimintakykyä voidaan arvioida sen perusteella, minkälaiset odotukset hänellä on toimintakykyään kohtaan senhetkisessä elämäntilanteessa. Työikäisten ihmisten toimintakyvyn odotetaan olevan parempi kuin vanhusten, joille voi riittää selviytyminen päivittäisistä toiminnoista ja arjen rutiineista. Toimintakykyyn kiinnitetään usein huomiota vasta sitten, kun se on jostain syystä heikentynyt. Sitä voidaan pyrkiä palauttamaan monin keinoin, esimerkiksi kuntoutuksen ja erilaisten apuvälineiden avulla. Fyysinen aktiivisuus ja yksilön voimavarojen tehokas hyödyntäminen lisää ja ylläpitää toimintakykyä. Aina ei ole mahdollista palauttaa toimintakykyä täysin vammaa tai toimenpidettä edeltävälle tasolle, jolloin voidaan kehittää erilaisia, korvaavia toimintatapoja selviytyä eri toiminnoista. (HUS *s.a.*). Tässä luvussa käsitellään liikkumista helpottavia apuvälineitä ja ergonomisia potilassiirtoja. Niiden avulla potilaiden toimintakykyä voidaan tukea ja parantaa. (THL 2014, B.) Samalla potilaan fyysinen kuntoutuminen edistyy.

4.1 Apuvälineet

Apuvälineitä on lukematon määrä erilaisia, mutta tässä opinnäytetyössä emme käsittele kaikkia. Keskitymme apuvälineisiin, jotka vastaavat Harjulan sairaalan osasto 5:n potilasaineiden tarpeita.

Toimintakyvyn heikennyttyä on mahdollista pitää liikkumiskykyä yllä erilaisten apuvälineiden avulla. Niiden avulla liikkuminen onnistuu joko itsenäisesti tai avustettuna. Apuvälineitä on olemassa useita erilaisia, joten on tärkeää sovittaa niitä jotta päädytään yksilöllisesti sopivimpaan vaihtoehtoon. (Töytäri, Koistinen, Hiltunen & Leivo 2003, 129.)

Kevyimpiä apuvälineitä ovat erilaiset kävelykepit ja kainalosauvat (Töytäri ym. 2003, 129). Toimintakyvyn ollessa huonompi voidaan harkita jonkinlaista kävelytelinettä. Telineitä on sekä jalaksilla seisovia, että pyörillä liukuvia malleja. Kävelytelineitä ovat esimerkiksi kävelykelkka, rollaattori, pyöräpotkukelkka tai tasofordi. Ne ovat kaikki hieman erilaisia ja sopivat erikuntoisille potilaille. (Töytäri ym. 2003, 131-133.)

Pyörätuolia käyttävät potilaat, joilla ei ole kävelyyn tarvittavaa voimaa jaloissa tai jotka eivät saa varata jaloilleen. Potilas voi itse rullata pyörätuolillaan käsivoimiensa avulla tai liikkuminen voi tapahtua avustettuna. Pyörätuolin sekä istuma-asennon on oltava hyvät, jotta sen käyttö edistää kuntoutumista. (Töytäri ym. 2003, 136-137.)

Siirtymisvälineet ovat suunnattu potilaille, jotka jaksavat kannatella itseään, mutta eivät pysty ottamaan askelia. Tällaisia apuvälineitä ovat esimerkiksi seisomanojanosturi, returneri, liukulauta, liukulevy, kääntölevy jalkojen alle sekä erilaiset nousutuet sekä sängyn pätyyn kiinnitettävät

kapulat. Näitä apuvälineitä käyttävät potilaat tarvitsevat usein toisen henkilön avustusta. (Töytäri ym. 2003, 161.)

Henkilönosturit ovat käytössä potilailla, jotka eivät jaksa varata jaloilleen ollenkaan, mutta jotka jaksavat istua. Heidät voidaan näin avustaa pyörätuoliin, wc:hen tai suihkuun. (Töytäri ym. 2003, 161.)

Jos potilaalta on esimerkiksi jouduttu amputoimaan raaja, on tilalle voitu laittaa jonkinlainen proteesi. Osa proteeseista on erittäin kestäviä käytössä kun taas osa on asennettu pelkästään kosmeettisista syistä. Proteesit valmistetaan aina kunkin henkilön tarpeiden mukaan. Proteesin käyttäjä joutuu usein käyttämään myös muita apuvälineitä. (Kruus-Niemelä 2003, 177.)

Ortoosit ovat apuvälineitä, jotka tukevat, suojaavat, korjaavat tai oikaisevat kehon eri osien virheasentoja. Ortooseja on hyvin monenlaisia ja niitä käytetään monenlaisiin ongelmiin. Osa niistä valmistetaan yksilöllisten mittojen mukaan, osa taas on valmiiksi muotoiltuja ja mitoitettuja. Esimerkkejä ortooseista ovat erilaiset alaraajojen tukilastat tai tukisidokset. (Kruus-Niemelä 2003, 182.)

Harjulan sairaalan osasto 5:llä fysioterapeutit valitsevat yhteistyössä hoitajien kanssa sopivat apuvälineet potilaille. Apuvälineitä vaihdellaan sen mukaan, miten potilas kuntoutuu. Potilasta pyritään mobilisoimaan mahdollisimman paljon jotta kuntoutuminen etenisi toivottua vauhtia, joten voimavaroihin nähden sopivien apuvälineiden käyttö on tärkeää. (Venetvaara 2012, 4.)

4.2 Potilassiirrot

Ergonomiset siirtymistavat ovat turvallisimpia potilaan kannalta ja ehkäisevät loukkaantumisia sekä edistävät toipumista. Siirtymismenetelmät on valittava niin, että potilaan voimavarat tulevat tehokkaimmin hyödynnettyä ja että potilas tekee kaiken mahdollisen omin voimin. Jos potilaan avustaminen yksin kuormittaa liikaa hoitajaa, avuksi otetaan toinen hoitaja sekä apuvälineitä. Jos siirtyminen tuottaa silti ongelmia, on olemassa henkilönostureita, jotka nostavat potilaan nappia painamalla. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 58-63.) Ennen siirtoa pitää miettiä, kuinka potilas voi itse osallistua siirtymiseensä tehokkaimmin (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 86). Kaikkia mahdollisia ergonomisia potilassiirtoja emme pysty tässä opinnäytetyössä käsittelemään. Käsittelemme sellaisia siirtoja, jotka ovat oleellisia Harjulan sairaalan osasto 5:n potilaiden hoidossa ja jotka oikein toteutettuina ottavat potilaan omat voimavarat käyttöön (Tamminen-Peter 2006).

Ergonomiset potilassiirrot ovat turvallisimpia myös henkilökunnan kannalta. Tutkimuksissa on todettu, että fyysisen kuntoutuksen parissa työskentelevillä on merkittävimpana tuki- ja liikuntaelimestön kiputilana uusiutuva selkäkipu. Kivun on todettu alkaneen mekaanisten potilassiirtojen yhteydessä. (McRory ym 2014.)

4.2.1 Siirtyminen sängyllä

Potilaat joutuvat sängyissä pitkään ollessaan usein hankaliin asentoihin jolloin asentoa täytyy kohentaa. Asentohoitoa toteutettaessa on tärkeää, että potilas saa olla vuoroin kummallakin kyljellä, vuoroin selällään. Asennon vaihtamisessa osa potilaista tarvitsee hoitajien avustusta. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 86.)

Sängyssä ylöspäin nouseminen voidaan toteuttaa ”kehokävelynä”. Tällöin potilas siirtää vuoroin kumpaakin vartalon puolta sängyssä ylöspäin. Hoitaja voi tarvittaessa avustaa potilasta pitämään ponnistusjalkaa paikallaan koukussa sänkyä vasten sekä tukea potilaan lantiota ja rintakehää. Kitkaa voi vähentää laittamalla potilaan alle liukkaasta kankaasta valmistetun liukulakanan. Potilas voi ponnistaa jaloillaan ja vetää kädellään itseään ylöspäin. Sängyn päätyyn voi asettaa telineitä, joihin saa kiinnitettyä käsin käytettäviä apuvälineitä. Niiden avulla potilas voi kohottaa itseään. Hoitaja voi avustaa käsillään potilaan hartioden alta. Potilas ponnistaa jaloillaan sekä vetää käsillään itseään ylemmäs sängyllä. Saman voi toteuttaa huonokuntoisempi potilas kahden hoitajan avustamana. Hoitajat laittavat kätensä kummaltakin puolen hartioden alle, ja potilas ponnistaa jaloillaan ylöspäin. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 86-88.)

Jos potilaalla itsellään on vain vähän voimavaroja, tuetaan hänen jalkansa koukkuun kitkattomalle alustalle ja kaksi hoitajaa siirtää häntä ylöspäin nostoliinalla omaa painonsiirtoaan hyödyntäen. Hoitajat ottavat nostoliinasta kiinni läheltä potilasta, toisella kädellä hartioden seudulta ja toisella kädellä lantion alta. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 89.)

Potilasta voi avustaa kääntymään kyljelleen avustamalla vastakkaisen puolen jalka koukkuun sekä saman puolen käsi tarttumaan kääntymispuolen sängynlaidasta kiinni. Sen jälkeen kääntyminen onnistuu helposti sille puolelle, missä jalka on suorana sekä minne toinen käsi kurkottaa. Poikkilakanaa, liukukintaita tai liukulevyä voi käyttää hyväksi kääntymisessä. Apuväline asetetaan potilaan alle ja alkuasento ohjataan samaksi kuin itsenäisemmässä kääntymisessä (ks. ylempi kappale). Hoitaja avustaa potilaan kääntyvää liikerataa kunkin apuvälineen avulla. Siirrossa voi olla avustamassa kaksikin hoitajaa, mikäli se on tarpeellista. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 90-92.)

4.2.2 Istumaan nouseminen

Potilas kääntyy ensin kyljelleen kohti puolta, jolle hän aikoo nousta istumaan. Hän siirtää jalkojaan sängyn laidalle ja työntää käsillään itseään ylöspäin. Lopulta jalat putoavat alas. Hoitaja voi avustaa painamalla potilasta lantiosta sekä työntämällä hartioista ylöspäin. Potilas voi käyttää apuna myös vuoteen vierelle asetettavaa nousutukea, josta saa otettua käsillä kiinni. Saman asian ajavat erilaiset sängyn yläpäädyn telineeseen kiinnitettävät apuvälineet kuten kolmioraudat. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 95-97.)

4.2.3 Siirtyminen vuoteesta tuoliin ja takaisin

Seisomaan nousussa potilaan edessä on hyvä olla tukena jokin apuväline. Apuvälineiden on oltava tarpeeksi kaukana edessä, jotta painopiste pysyy riittävän edessä. Potilas istuu lähellä sängyn reunaa, sänky mahdollisimman korkealla. Jalkaterät osuvat lattiaan ja ovat suhteellisen takana. Potilasta tulee ohjata vielä suullisesti. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 98-99.) Hoitaja voi auttaa potilasta seisomaannousussa painamalla polven päältä ja tukemalla lantion takaa. Jos potilaan voimat eivät riitä, hoitaja voi myös tulla potilaan vierelle osittain eteen ja ottaa kiinni potilaan lantion sekä lapaluun takaa. Kun potilas seisoo, potilas ja hoitaja yhdessä kääntyvät siirtymäpaikkaan päin, hoitaja vaihtaa kädet toisinpäin ja potilas istuu.

Jos potilas ei pääse seisomaan, siirron voi toteuttaa myös liukumalla. Tällöin tukena on hyvä olla nousutuki, jotta potilas voi vetää itseään sängylle. Vastaavasti pyörätuolin käsinoja toimii samanlaisena tukena pyörätuoliin siirryttäessä. Jos kohottautuminen ei onnistu, pyörätuolin ja sängyn välille voi asettaa liukulevyn. Hoitaja voi lisäksi istua potilaan ”perässä” ja yhdessä potilaan kanssa liukumalla työntää omalla kehollaan potilasta eteenpäin. Potilaalle voi kiinnittää myös kävelyvyön lanteille. Kaksi hoitajaa voi sen avulla auttaa huonompikuntoista potilasta seisomaannousussa sekä liukumalla tapahtuvissa siirtymisissä. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 100-103.)

4.2.4 Asennon korjaus

Potilas voi siirtyä tuolissa taaksepäin niin, että tuoli viedään tukevan telineen lähelle, josta potilas saa otettua kiinni. Sitten potilas siirtyy seisoma-asennon kautta tuolissa taaksepäin. Hoitaja voi työntää pyörätuolia lähemmäs potilasta ja mahdollisesti vielä kallistaa sitä eteenpäin. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 108.)

Toinen vaihtoehto on kankkukävely. Potilas siirtää painopistettään puolelta toiselle nostamalla kumpaakin kankkuaan vuorotellen. Hoitaja voi tarvittaessa auttaa työntämällä jalkaa taaksepäin. Joskus tarvitaan toinen hoitaja auttamaan kallistumisessa ja toinen siirtämään jalkaa taaksepäin. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 109.)

4.2.5 Kävely

Hyväkuntoiselle potilaalle riittää kävelyn aikana tueksi hoitajan vierellä olo. Hoitaja voi tukea käsillään potilasta sekä auttaa potilasta siirtämään painoaan puolelta toiselle askelia otettaessa. Jos potilas tarvitsee enemmän tukea, kävelytelineet ovat tukevia apuvälineitä. Ne ovat potilaan edessä ja niihin voi nojata paljonkin. Rollaattorilla kävellessä hoitaja voi olla henkisenä tukena tai varmistamassa, että potilas ei pääse kaatumaan. Osan kävelytuista saa ergonomiselle tasolle siten, että potilas saa kyynärvarsilla varattua enemmän painoaan kävelytuelle. Hoitaja voi olla ohjaamassa ja varmistamassa että potilas pysyy pystyssä. Joskus hoitajan on avustettava jalkojen liikuttamisessa eteenpäin. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 112.)

4.2.6 Lattialta nouseminen

Potilaan kaaduttua tai valuttua lattialle on hänet pikimmiten saatava ylös. Jos hän on hyväkuntoinen, riittää että jalat tuetaan jollekin kitkaa lisäävälle alustalle ja hoitaja tarttuu edestäpäin potilaan käsistä ja ranteista tukevasti kiinni sekä avustaa potilaan omalla painollaan ylös. Potilas voidaan myös ohjata kääntymään kyljelleen ja sitä kautta vatsalleen ja nousemaan kontilleen jotakin tukea vasten. Tästä potilas pääsee vuoroin kummallakin jalallaan ponnistamaan ylös. Nosturi on ihanteellisin lattialle kaatuneen potilaan nostossa käytettävä apuväline. Se kuormittaa hoitajia vähiten, mutta aina sitä ei ole saatavilla. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 113-115.)

5 YMPÄRISTÖ OSANA FYYSISTÄ KUNTOUTUSTA

Kun kartoitetaan ihmisen toimintakykyä, huomioon tulisi ottaa aina myös ympäristö, sillä ihminen on kokoajan kontaktissa sen kanssa. Osana toimintaympäristöä ovat sekä fyysinen että psykososiaalinen ympäristö. Luonnollinen ympäristö kuten luonto ja rakennettu ympäristö kuten rakennukset ja kaupunki, ovat fyysistä ympäristöä. Nämä voivat aiheuttaa kuntoutujalle ylitsepääsemättömiä esteitä. Liikuntarajoitteiselle potilaalle hankaluuksia voivat tuottaa esimerkiksi vaikea maasto tai hissitön talo. Toisaalta mäkisessä maastossa on hyvä tehdä liikuntaharjoituksia ja siten edesauttaa potilaan kuntoutumista. (Kettunen ym. 2009, 11.) Myös rakennuksien ovikynnykset ja ahtaat tilat voivat vaikeuttaa esimerkiksi pyörätuolipotilaiden liikkumista.

Esteetön ympäristö on jokaisen käyttäjän kannalta toimiva, johdonmukainen ja turvallinen. Esteettömyyttä pyritään luomaan etenkin julkisiin tiloihin. Siitä on säädetty useissa laissa ja asetuksissa ja esteettömyydestä löytyy myös erilaisia sääntöjä, määräyksiä ja periaatteita. (Kettunen ym. 2009, 12.) Keskitymme opinnäytetyössämme yhtenä osa-alueena tarkastelemaan ja tutkimaan Harjulan sairaala osasto 5:n ympäristön esteettömyyttä. Riittävät ja tarkoituksenmukaiset tilat mahdollistavat osaltaan potilaan päivittäisen fyysisen kuntoutuksen onnistumisen. Selvitämme kyselyn avulla, ovatko osaston kuntouttavan toiminnan kannalta keskeiset sisätilat hoitajien mielestä potilaan kuntoutumista edistävät.

5.1 Kulkuväylät ja hissit

Pyörätuolin käyttäjät ovat kuntoutujaryhmä, jotka tarvitsevat paljon tilaa liikkumiseen apuvälineensä kanssa. Peruspyörätuoli vaatii 90 cm leveän ja 1,4 m pitkän tilan ympärilleen. Jos halutaan pyörähtää ympäri, tarvitaan 1,5 m x 1,5 m kokoinen alue. Pyörätuolin koosta ja kääntymistyylistä riippuen tilaa voidaan tarvita hieman eri määrä kuin edellä mainitussa. Rollaattoria, kainalosauvoja ja keppiä käyttäville riittävät yleensä samankokoiset tilat, joita pyörätuolilla liikkuvat tarvitsevat. Poikkeuksena on ainakin se, että rollaattori tarvitsee hieman enemmän, vähintään 1,4 m x 1,4 m ison hissitilan, koska sillä ei voi peruuttaa. Oviaukko voi olla 85 cm leveä, jos siitä voidaan kulkea kohtisuoraan. (Esteetön asuinrakennus 2010, A; Kettunen ym. 2009, 12.)

Kulkukäytävän pitää olla tasainen, luistamaton ja kova. Lattiassa saa olla vain hieman kaltevuutta, mutta vain kulkusuuntaan. Liukastumisvaaran välttämiseksi lattiapintojen tulisi olla luistamattomat myös märkinä ollessaan. Erikorkuisia tuoleja pitäisi olla tiheässä, jotta niissä voisi kävelymatkan varrella istahtaa hengähtämään. (Esteetön asuinrakennus 2010, B; Kettunen ym. 2009, 12.)

5.2 Kylpyhuone ja wc-tilat

Liikuntaesteisille tarkoitetut wc-tilat tulisi merkitä asianmukaisella tunnuksella. Valonkatkaisijat ja ovenkahvat pitäisi esteettömyyden periaatteen mukaisesti asentaa vähintään 40 cm päähän nurkasta, jotta pyörätuolipotilas ylettyisi niitä käyttämään. Wc-istuimen ympärillä tulisi olla käsituet (tai tukitanko) ja riittävästi tilaa, jotta siihen voisi siirtyä helposti pyörätuolista. Istuimen korkeus

tulisi olla 48-50 cm, joka on suurimmalle osalle pyörätuolipotilaista sopivalla korkeudella. Olisi hyvä, jos wc-istuimella istuttaessa ylettyisi käsienpesualtaaseen. Pyörätuolipotilas vaatii käsienpesualtaalta samat ulottuvuudet kuin miltä tahansa pöydältä mahtuakseen pyörätuolin kanssa osittain altaan alle. Lisäksi altaan edessä pitäisi olla syvyydeltään 1,2 m vapaata tilaa. Rollaattoria käyttävä tarvitsee tämän lisäksi myös vapaata leveyttä saman verran. (Esteettömät liikuntatilat 2002, A.)

Kylpyhuoneiden ja wc-tilojen tulisi olla riittävän suuret, jotta liikkumisesteinen henkilö ja hänen mahdollinen avustajansa mahtuisivat toimimaan tiloissa. Aiemmin mainittu pyörätuolipotilaan tilantarve pätee hygieniatiloissakin. Lattiamateriaalin pitäisi olla luistamaton. (Esteettömät liikuntatilat 2002, A.)

5.3 Pöydät ja tuolit

Pyörätuolipotilas vaatii pöydältä tiettyjä ulottuvuuksia, koska pyörän kanssa tulee pystyä ruokailemaan. Pöydän alla oleva tila tulisi olla noin 67 cm korkea, 60 cm syvä ja 80 cm leveä, jotta pyörätuolissa istuvan jalat mahtuisivat hyvin pöydän alle. Tuolien täytyy olla selkä- ja käsinojallisia, jotta ne palvelisivat istujaansa mahdollisimman esteettömästi. Lisäksi vaakasuorassa oleva, etureunasta pyöristetty istuin on esteettömyyden periaatteen mukainen. Eri ihmiset tarvitsevat erikorkuisia istuimia. Tavallisesti tuolissa istutaan 45 cm korkeudella, mutta jäykät polvet tai lonkat omistava tarvitsee 50-55 cm korkean istuimen. (Esteettömät liikuntatilat 2002, B.)

6 HARJULAN SAIRAALA OSASTO 5

Harjulan sairaalan osasto 5 on sisätauti-kirurginen kuntoutusosasto. Osaston pääasiallisena tehtävänä on potilaiden kuntoutus niin, että heidän toimintakykynsä palautuu sairautta, toimenpidettä tai vammaa edeltävälle tasolle. Henkilökunta on perehtynyt erityisesti kuntoutukseen ja haavanhoitoon. Osastolla toteutettava hoito on moniammatillista. Osasto on jaettu kolmeen hoitoryhmään. Hoitoryhmään kuuluu lääkäri, sairaanhoitajia, lähihoitajia, fysioterapeutti, laitoshuoltaja sekä osastonsihtööri. Osastolla on 29 potilaspaikkaa. (Kuopion kaupunki 2013.)

Omahoitaja aloittaa tulohaastattelusta lähtien potilaan fyysisen kuntoutuksen yhteistyössä fysioterapeutin kanssa. Hoitaja huolehtii potilaan hoidon suunnitelmallisuudesta ja jatkuvuudesta laatimalla huolellisen hoitosuunnitelman aiempien sekä nykyisten potilastietojen pohjalta. Hoitaja vastaa suunnitelman toteutumisesta moniammatillisessa yhteistyössä. Hän myös arvioi sen toteutumista sekä tekee tarvittaessa muutoksia. Hoitaja auttaa potilasta selviytymään päivittäisistä toimista kuntoutumista tukevin hoitotyön keinoin. (Venetvaara 2012, 4-7.)

Harjulan sairaalan osasto 5:lla on erikseen fysioterapeutteja, jotka huolehtivat potilaiden jumppauksesta sekä fyysisen kunnon parantumisesta. Hoitajien tulee noudattaa fysioterapeuttien antamia ohjeita liikkumisen suhteen ja mahdollisuuksiensa mukaan toteuttaa omalta osaltaan potilaan fyysisen aktiviteetin avustamista. Vastavuoroisesti hoitajat konsultoivat fysioterapeutteja potilaan kunnosta päivittäisten hoitotoimien yhteydessä. (Venetvaara 2012, 7.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa liikkumiseen liittyvän fyysisen kuntoutuksen konkreettista toteutumista Harjulan sairaalan osasto 5:n kuntouttavassa hoitotyössä, koota hoitajien kokemukset yhteen ja laatia niistä raportti. Tavoitteena oli selvittää mahdolliset kehittämistarpeet jotta he voisivat kehittää toimintaansa.

Opinnäytetyötä ja sen tavoitteiden toteutumista ohjaamaan on muodostettu seuraavat tutkimuskysymykset:

- "Mitä on liikkumiseen liittyvä fyysinen kuntoutus Harjulan sairaalan osasto 5:n hoitotyössä?"
- "Miten liikkumiseen liittyvä fyysinen kuntoutus toteutuu osastolla hoitajien kokemana?"
- "Ovatko osaston ympäristö sekä käytössä olevat apuvälineet ja potilassiirrot fyysistä kuntoutumista tukevia?"

8 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSAINEISTO

8.1 Menetelmä

Kun tutkimusta tehdään, voidaan aineistoa kerätä kahta eri menetelmää käyttäen, joko määrällistä tai laadullista tutkimusmenetelmää. Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä laadullista tutkimusta. Tämä menettelytapa valittiin siksi, että kohdejoukko on niin pieni, ettei pelkkä tulosten tilastointi palvelisi ketään, sillä siinä saattaisi esiintyä liian suurta hajontaa. Laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen saatiin todennäköisemmin monipuolisempaa tietoa hoitajien kokemuksesta siitä, miten fyysistä kuntoutusta oikeasti toteutetaan Harjulan sairaalan osasto 5:lla. Lisäksi tutkimusaihetta oli vaikeaa lähteä kvantitatiivisesti mittaamaan, koska siten ei olisi saatu niin kattavia ja selittäviä tuloksia. Fyysinen kuntoutus on hoidossa jatkuvasti eriasteisesti mukana oleva hoitotyön muoto, joten laadullinen tutkimus sopi tähän aiheeseen paremmin. Tutkimuksessa ei haluttu saada tilastollista tietoa, vaan kuvata aihetta ilmiönä juuri kyseisellä osastolla. Siksi tutkimus oli parempi toteuttaa laadullisena tutkimuksena. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85-86.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus vastaa ensisijaisesti kysymyksiin miksi, millainen ja miten (Inspirans 2014).

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on yleensä induktiivisuus eli aineistolähtöisyys. Sen tavoitteena on ymmärtää tutkimukseen osallistujien näkökulmaa tutkittavaan aiheeseen. Tutkimuksen edetessä tutkimustehtävät yleensä tarkentuvat. Kohderyhmän henkilöt valitaan tarkoituksellisesti vastaamaan tutkimuksen tarpeita ja heitä on yleensä vähän. Aineisto kootaan usein haastattelun ja avoimien kysymysten avulla. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään ilmiöiden tarkasteluun ja kuvaamiseen määrien sijasta. Tutkimusmenetelmälle ominaista ovat muun muassa joustavuus, strukturoimattomuus, tiedon syvyys, uuden tiedon luominen ja tulosten ainutlaatuisuus. (Kylmä & Juvakka 2007, 26, 31; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 73-74; Qualitative Research Consultants Association s.a.)

8.2 Kohderyhmä

Tutkimuksemme kohderyhmänä oli Harjulan sairaalan osasto 5:n kaikki hoitajat. Sairaanhoidajia ja lähihoitajia ei jaoteltu erikseen, sillä heidän toimenkuvansa ei fyysisen kuntoutuksen osalta eroa merkittävästi toisistaan. Osastolla on 20 hoitajaa, joista 9 on sairaanhoitajia ja 11 lähihoitajia. Kaikki osaston hoitajat ovat naisia. (Venetvaara 2014).

8.3 Aineistonkeruutapa

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla (Liite 2), joissa oli avoimia kysymyksiä. Aineistonkeruumenetelmä oli siis lomakehaastattelu. Lomakkeiden liitteenä lähetettiin saatekirje (Liite 1), jossa kerrottiin kuinka tärkeää on vastata kyselyyn totuudenmukaisesti. Kirjeessä pyydettiin vastaamaan avoimiin kysymyksiin mahdollisimman kattavasti. Tilaaajan toiveena oli toteuttaa aineiston kerääminen kirjallisesti ajanpuutteen vuoksi. Strukturoidulla lomakehaastattelulla ei olisi

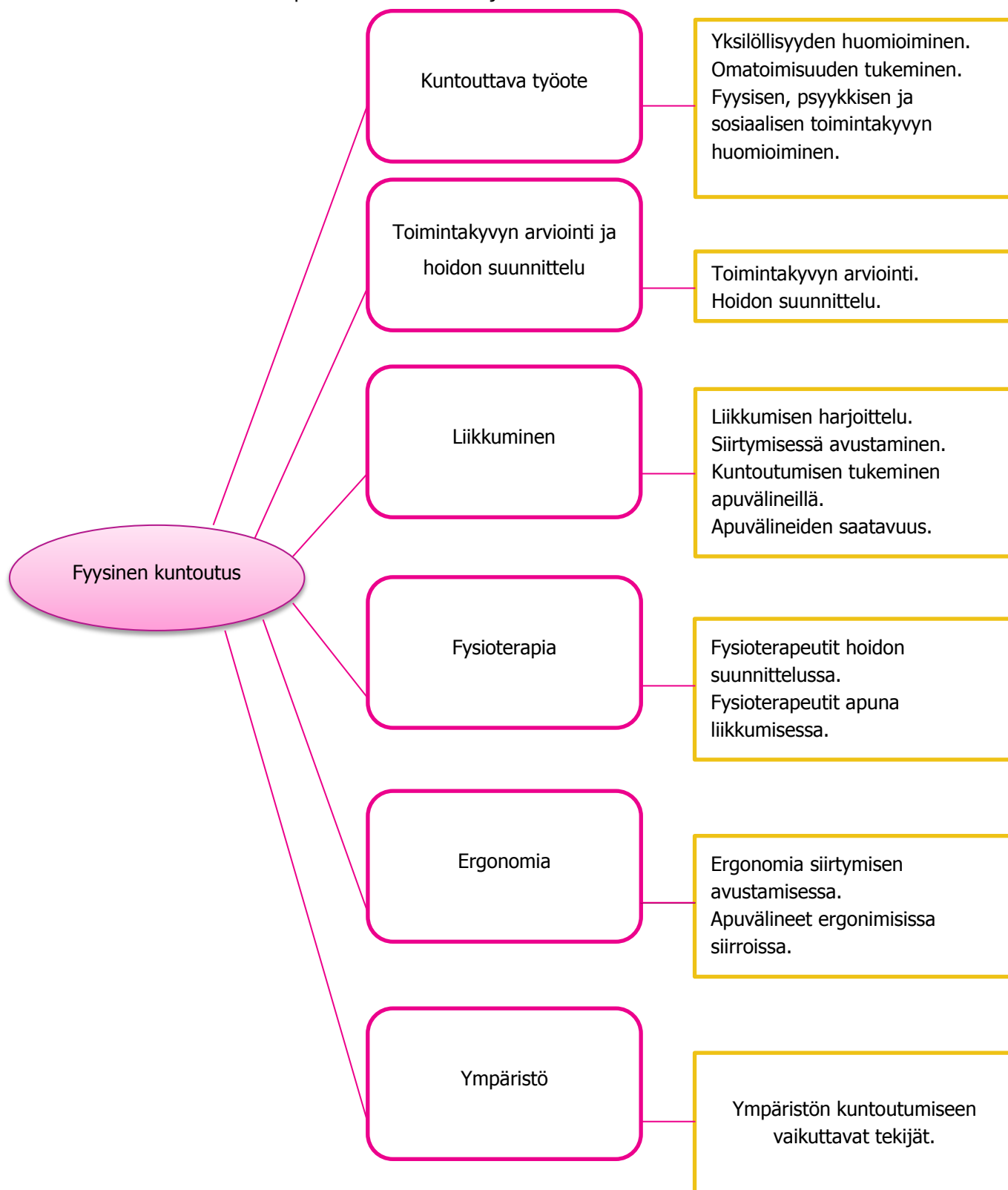
saatu tarpeeksi aineistoa tutkimustamme varten pienen kohderyhmän vuoksi, minkä takia lomakehaastattelussa käytettiin avoimia kysymyksiä. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 74-76.)

8.4 Aineiston analyysitapa

Analysoimme vastauksia aineistolähtöistä sisällönanalyysitekniikkaa hyödyntäen. Havainnollistamme analysointimenetelmäämme kuviossa 1. Aineiston kokoamisen jälkeen se muokattiin analysoitavaan muotoon (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2007). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Se koostuu kolmesta vaiheesta; aineiston redusoimisesta eli pelkistämisestä, aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä ja abstrahoinnista eli teoreettisten käsitteiden luomisesta. Analysoinnin alussa jokainen vastaus listattiin ylös alkuperäismuodossa ja ne pelkistettiin yksinkertaisempaan muotoon. Tämän jälkeen pelkistykset ryhmiteltiin alaluokkiin samaa tarkoittavien käsitteiden kanssa. Alaluokat yhdistettiin edelleen yläluokiksi, joista muodostui lopulta pääluokka fyysinen kuntoutus. Tulkinta ja päättely ovat tunnusomaisia sisällönanalyysille. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 108-112).

9 TULOKSET

Tässä luvussa käsitellään tutkimustuloksia. Kuvio 1:een on laadittu kooste tutkimustulosten analyysivaiheessa muodostetuista ylä- ja alaluokista. Seuraavissa kappaleissa kukin luokka käydään erikseen läpi tutkimuksesta saatujen tulosten mukaisesti.



Kuvio 1. Fyysinen kuntoutus.

9.1 Kuntouttava työote

Yläluokka kuntouttava työote muodostui kolmesta alaluokasta, jotka ovat yksilöllisyyden huomioiminen, omatoimisuuden tukeminen ja fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn huomioiminen.

Yksilöllisyyden huomioiminen. *"Kyselen myös potilaalta kuinka hän itse kokee oman toimintakyvyn.", "Huomioidaan varauskiellot, haavatilanteet, tajunnantaso."*

Hoitajien vastauksien perusteella potilaan kuntoutumisprosessissa huomioidaan potilaan yksilöllisyys hyödyntämällä potilaan omia voimavaroja. Kuntoutuksessa ja potilaan liikkumisen harjoittelussa huomioidaan potilaan toimintakyky; potilaalle asetetut varauskiellot, haavatilanteet ja tajunnantaso.

Omatoimisuuden tukeminen. *"Kaikissa päivittäisissä toiminnoissa.", "Annan potilaalle aikaa tehdä itse, en tee puolesta jos potilaalla toimintakykyä jäljellä esim. ruokailu, hiusten kampaaminen, kasvojen pesu ym.", "...mutta varmasti päivittäin on niitä tilanteita, että asiat pitää saada nopeasti tehdyksi ja tehdään liikaa potilaan puolesta."*

Suurimmassa osassa vastauksista tulee ilmi, että pyritään potilaan omatoimisuuden tukemiseen eikä tehdä tämän puolesta jos potilas pystyy itsenäisesti suoriutumaan joistakin päivittäisistä toiminnoista. Potilaalle annetaan aikaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen eikä tehdä mitään potilaan puolesta, jos hän ei ole kokeillut ensin itse. Omatoimisuutta tuetaan aikaa antamalla, kannustamalla, motivoimalla ja ohjaamalla potilasta. Nämä ovat kuntouttavan hoitotyön keskeisiä elementtejä. Osastolla panostetaan potilasohjaukseen, sillä se on keskeinen osatekijä kuntoutumisen onnistumiselle. Vastausten perusteella ajoittaisen kiireen seurauksena potilaan puolesta tehdään kuitenkin liikaa asioita, joista hän itsekin suoriutuisi.

Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn huomioiminen. *"Pyrin säilyttämään kaikessa hoitotyöhön liittyvässä kuntouttavan työotteen."*

Potilaita pyritään kuntouttamaan kokonaisvaltaisesti ja kuntouttava työote huomioidaan fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa kuntoutuksessa. Kokonaisvaltaisen kuntoutuksen toteutumiselle haasteena ovat esimerkiksi pitkäkestoiset haavanhoidot.

9.2 Toimintakyvyn arviointi ja hoidon suunnittelu

Toimintakyvyn arviointi ja hoidon suunnittelu muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat toimintakyvyn arviointi ja hoidon suunnittelu.

Toimintakyvyn arviointi. *"Pot. toimintakykyä seurataan päivittäin ja kirjataan muutoksista."*

Hoitajien vastausten perusteella potilaan tullessa ja lähtiessä tehdään Barthelin indeksi. Osastolla käytetään myös muita toimintakyvyn arviointimittareita; RAVA, MMSE, CERAD, IKINÄ, 5 x testi sekä Ennakoiva toimintakyvyn kartoitus. Osastolla seurataan potilaan ravitsemustilaa muun muassa MNA-mittarin avulla sekä arvioidaan potilaan psyykkistä vointia, sillä myös ne vaikuttavat toimintakyvyn edistymiseen. Mittareiden käytön lisäksi potilaan toimintakykyä seurataan päivittäin havainnoimalla,

haastattelemalla ja kirjausten perusteella. Potilaan liikkumisesta ja toimintakyvyn muutoksista kirjataan päivittäin potilastietojärjestelmään.

Hoidon suunnittelu. *”Hoitosuunnitelmaahan tulisi päivittää joka päivä, mutta usein jää.”*

Osa vastaajista koki että erilaisia mittareita käytetään hoidon suunnittelussa liian vähän. Hoidon suunnittelua ja toteutusta vaikeuttaa usein se, että potilaat ovat hyvin iäkkäitä ja monisairaita. Myös hoitosuunnitelman päivittämisessä on puutteita. Sitä pitäisi päivittää joka päivä, mutta päivitys tehdään usein vasta siinä vaiheessa, kun potilaan apuvälineet vaihtuvat kevyemmiksi. Kehittämistarpeiksi nousi hoitojaksojen lyhentäminen ja kuntoutuksen jatkuminen avohoidossa.

9.3 Liikkuminen

Yläluokka liikkuminen muodostui seuraavista alaluokista: liikkumisen harjoittelu, siirtymisessä avustaminen, apuvälineiden saatavuus ja kuntoutumisen tukeminen apuvälineillä.

Liikkumisen harjoittelu. *”Kaikkia pyritään avustamaan liikkeelle ja nyt olisi tavoite saada myös potilaat tekemään harjoituksia kuntuhuoneessa. Potilaat joilla haastetta liikkumisessa tai p-tuoliin siirtymisessä eivät välttämättä joka päivä pääse ylös.”*

Osastolla pyritään päivittäin avustamaan kaikkia potilaita liikkumisen harjoittelussa. Iltaisin ja viikonloppuisin liikkumisen harjoittelua on vähemmän, koska henkilökuntaresurssit ovat silloin pienemmät. Liikkumista on kuitenkin vähintään päivittäisten toimintojen yhteydessä. Osastolla on kuntuhuone, jossa on mahdollista harjoitella liikkumista erilaisten laitteiden avulla. Osa potilaista pystyy harjoittelemaan omatoimisesti kuntuhuoneessa, mutta jotkut tarvitsevat apua ja ohjausta laitteiden käytössä. Vuodepotilaille toteutetaan erilaisia liikeharjoitteita kuten vuodejumbppaa sekä asentohoitoa. Useista vastauksista ilmeni, että kiireen vuoksi liikkumisen harjoitteluun ei ole riittävästi aikaa jolloin keskitytään vain välttämättömiin hoitotoimenpiteisiin.

Siirtymisessä avustaminen. *”Mahdollisimman vähän auttaen. Sanallisesti mahdollisimman paljon ohjaten.”, ”Potilaan kooperaatiosta riippuen ja toimintakyvystä valitsen sopivimman avustamis-/ohjaamistavan.”*

Vastauksissa korostui potilaan omatoimisuuden tukeminen siirtymisissä. Tämä tarkoittaa potilaan rauhallista ohjaamista sanallisesti ja näyttämällä mitä tehdään ja miten, liiallisen auttamisen välttämistä sekä sopivien apuvälineiden käyttämistä. Avustamistavan valinnassa huomioidaan potilaan avuntarve, kuntoutumisen tavoitteet ja potilaalle asetetut liikkumisen rajoitukset, jotta välttytään vahingoilta. Kiireessä potilasta autetaan liikaa, jos siirrot halutaan tehdä nopeasti, minkä seurauksena potilas passivoituu. Hoitojakson alussa potilas tarvitsee siirtymisissä yhdestä kahteen avustajaa, kuntoutumisen edetessä omatoimisuus lisääntyy ja lopulta potilas voi kotiutua.

Kuntoutumisen tukeminen apuvälineillä. *”Apuvälineiden avulla esim. siirtymiset ovat ainoastaan mahdollisia alkuun. Potilas kun kuntoutuu, niin hänelle itselleen voi opettaa apuvälineiden käytön, jolloin omatoimisuus kasvaa.”*

Oikein valitut apuvälineet lisäävät potilaan liikkumisen mahdollisuuksia ja siten edistävät potilaan kuntoutumista. Hoitojakson alussa potilas ei välttämättä pääse liikkumaan ollenkaan ilman apuvälineitä. Kuntoutumisen edetessä tehdään apuvälinearviointia ja niitä päivitetään tarvittaessa kevyempiin, jotta potilaan lihaskunto säilyy. Osastolla on laaja valikoima erilaisia apuvälineitä, joilla potilas voi harjoitella liikkumista. Pienapuvälineiden avulla potilas pystyy itse esimerkiksi ruokailemaan, juomaan tai laittamaan sukat jalkaan. Vuoteessa siirtymisessä voidaan käyttää apuna liukulakanaa, apinapuuta tai nousutukea. Potilasta ohjataan apuvälineiden käytössä, jotta hän pystyisi liikkumaan mahdollisimman itsenäisesti.

Apuvälineiden saatavuus. *”Apuvälineitä on hyvin saatavilla ja pot. aineisto on sellaista, että lähes kaikki tarvitsevat jonkun/useampia apuvälineitä.”*

Hoitajien vastausten perusteella apuvälineitä on saatavilla riittävästi ja monipuolisesti kaikkien tarpeisiin. Kaikki potilaat saavat henkilökohtaiset apuvälineet käyttöönsä hoitojaksolla ollessaan. Vastauksissa kuitenkin ilmeni, että isojen ihmisten apuvälineitä ei ole riittävästi saatavilla ja niitä joutuu lainaamaan osastolta toiselle. Osa apuvälineistä kuten esimerkiksi pyörätuolit ja pöntön korokkeet ovat jo vanhoja ja rikkiäisiä ja siksi vaarallisia potilaalle. Hoitajien tehtäviin kuuluukin huolehtia, että apuvälineet ovat kunnossa ja toimivia. Esimerkkejä osastolla olevista apuvälineistä ovat apinapuu, elämänlanka, liukulevy, returner, turner, tasoford, nosturi, siirtolevy, -liina, -vyö, -patja, rollaattori, pyörätuoli, geriatrinen tuoli, liukulakana, suihkutuoli ja suihkulavetti. Osastolla on myös erilaisia pienapuvälineitä kuten jalannostin, sukanvetolaite, liukuesteet, kynärsauvat, reumalusikka ja tarttumapihdit, joiden hankintaan hoitajat ovat pystyneet vaikuttamaan.

9.4 Fysioterapia

Fysioterapia koostui kahdesta alaluokasta, fysioterapeutit hoidon suunnittelussa ja fysioterapeutit apuna liikkumisessa.

Fysioterapeutit hoidon suunnittelussa. *”Päivittäistä keskustelua, suunnittelua, arviointeja...”*

Fysioterapeutit työskentelevät osastolla arkipäivisin ja osallistuvat potilaiden hoitoon yhdessä hoitajien ja lääkäreiden kanssa. Potilaiden hoitoa suunnitellaan ja toimintakykyä arvioidaan tiiviissä, hyvin toimivassa yhteistyössä fysioterapeuttien kanssa. Fysioterapeutit ovat mukana myös potilaan tulovaiheessa ja kotiutuksessa sekä tekevät kotikartoituskäynnin ennen kotiutusta. Kotikartoituskäynnillä arvioidaan potilaan selviytymistä kotona ja mahdollista avuntarvetta. Fysioterapeutit antavat myös ohjeita potilaan liikkumiseen ja siirtymiseen sekä osallistuvat apuvälinetarpeen arviointiin, hankkivat ne potilaalle ja ohjaavat niiden käytössä.

Fysioterapeutit apuna liikkumisessa. *”Siirrämme/kävelytämme yhdessä raskashoitoisia potilaita.”*

Arkipäivisin fysioterapeutit kuntouttavat potilaita eri menetelmillä, kuten avustamalla kuntohuoneen käytössä ja liikeharjoituksissa. Siirtymisen harjoituksia potilaalle tehdään yhdessä fysioterapeutin kanssa hoidon alkuvaiheessa, jonka jälkeen hoitajat voivat tehdä niitä itsenäisesti potilaan kanssa. Myöhemmin fysioterapeutit avustavat hoitajia myös haastellisimmissa siirtymisissä.

9.5 Ergonomia

Ergonomia muodostui kahdesta alaluokasta, ergonomia siirtymisen avustamisessa ja apuvälineet ergonomisissa siirroissa.

Ergonomia siirtymisen avustamisessa. *”Yhteistyössä potilaan kanssa ja aikaa antaen mahdollistuu usein ergonomisesti paras siirtyminen/liikkuminen. Kiireen vuoksi asiat eivät kuitenkaan aina näin toteudu.”*

Vastauksista ilmenee, että hoitajat pyrkivät ergonomiseen työskentelyyn, mutta aina se ei ole mahdollista. Potilaan voinnissa voi tapahtua yllättäviä muutoksia kesken siirron tai tilat voivat olla liian ahtaat. Toisinaan potilaan asenne ja käytös vaikeuttavat ergonomista työskentelyä. Joskus potilassiirtoja ei kiireen vuoksi tehdä oikeaoppisesti eikä avustajia ole riittävästi. Toisinaan taas on ilmennyt tilanteita, joissa potilasta on jouduttu kannattelemaan vaatteista. Tällöin potilas on laskettu rauhallisesti lattialle ja nostettu nosturin avulla ylös lattialta.

Apuvälineet ja sänky pyritään säätämään sopivalle työskentelykorkeudelle. Osastolla on ergonomiavastaava, joka kouluttaa henkilökuntaa ergonomiseen työskentelyyn liittyvissä asioissa. Vastauksista ilmeni, että myös toiselle ergonomiavastaavalle olisi tarvetta.

Apuvälineet ergonomisissa siirroissa. *”Käyttämällä oikeita apuvälineitä ja pitää olla riittävästi ympärillä tilaa.”*

Tarkoituksenmukaisten apuvälineiden käyttäminen mahdollistaa ergonomian toteutumisen potilassiirroissa. Myös apuvälineiden oikeaoppinen käyttö lisää ergonomiaa. Tutkimuksessa ilmeni myös, että tarkoituksenmukaisten apuvälineiden käyttäminen toisinaan unohtuu.

9.6 Ympäristö

Yläluokka ympäristö koostui yhdestä alaluokasta, ympäristön kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät.

Ympäristön kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät. *”Apuvälineitä on paljon potilashuoneissa ja käytävillä, jotka ovat esteenä ja tuovat ’vaaratilanteita’.”, ”Potilashuoneet ja käytävät ovat ahtaita.”*

Vastauksissa tuli vahvasti esille se, että osaston tilat ovat liian ahtaat. Esimerkiksi jotkut WC-tilat ovat niin ahtaat, että apuvälineiden kanssa ei mahdu sinne oikeaoppisesti, jos potilas tarvitsee useamman avustajan. WC:n kynnykset tuovat myös haasteita liikkumiseen. Osaston ovia joudutaan pitämään kiinni muistisairaiden potilaiden vuoksi, mikä haittaa toisten liikkumista. Apuvälineillä ei ole riittävästi säilytystilaa ja ne aiheuttavat potilashuoneissa ja käytävillä vaaratilanteita sekä ovat esteenä liikkumiselle. Fyysisiä esteitä joudutaan raivaamaan pois tieltä ennen liikkeelle lähtemistä. Tutkimuksessa ilmeni myös se, että osasto on epäkodikas. Positiivisena asiana tuloksista nousi se, että osastolla on hyvä yhteishenki, mikä osaltaan tukee potilaiden kuntoutumista.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön aihekuvausta tehdessä aiheena oli Kuntouttava työote Harjulan sairaalan osasto 5:llä. Aihe osoittautui aivan liian laajaksi ja se rajattiin koskemaan vain fyysistä kuntoutusta, mikä oli työn tilaajan toive. Aiheesta rajattiin edelleen pois kivunhoito, koska se ei olisi hyödyttänyt tilaajan tarpeita ja opinnäytetyöstä olisi tullut yhä liian laaja. Työssä keskityttiin vain liikkumiseen liittyvään kuntoutukseen, mikä myös puolsi kivunhoidon jättämistä pois tutkimuksesta.

Tilaajan puolelta ainoa mahdollinen tapa toteuttaa tutkimus oli haastattelu hoitajille kirjallisten kyselylomakkeiden avulla. Osaston pienen henkilöstömäärän vuoksi määrällistä tutkimusta ei olisi voinut toteuttaa, joten valitsimme lopulta laadullisen tutkimusmenetelmän.

Aikataulu viivästyi alun perin suunnitellusta, koska pohdimme pitkään, millainen tutkimusmenetelmä sopisi parhaiten tähän tutkimukseen. Tutkimusmenetelmää jouduttiin vaihtamaan useaan otteeseen, mikä viivästytti tutkimussuunnitelman etenemistä. Kun suunnitelma oli hyväksytty koulun puolesta ja se toimitettiin tutkimuksen tilaajalle, halusi tilaaja vielä radikaalisti vaikuttaa kyselylomakkeen sisältöön. Tilaajan hyväksyttyä suunnitelma, jäimme odotelemaan tutkimuslupia. Tutkimusluvan saaminen kesti odotettua kauemmin, kun ohjeistusta tarkistettiin tilaajan puolella. Kun lopulta kyselylomakkeet luovutettiin täytettäväksi osasto 5:n hoitajille, vastausten saaminen kesti kauemmin kuin tilaajan kanssa alun perin sovittiin. Meidän itsemmekin olisi pitänyt olla määrätietoisempia ja laatia tarkka aikataulu sekä varata kalentereistamme säännöllisesti enemmän aikaa opinnäytetyön tekemiselle jo vuonna 2014. Aikatauluja oli kuitenkin melko hankalaa sovittaa yhteen muiden opintojemme takia sillä opiskelemme eri ryhmissä keskenämme. Näiden asioiden seurauksena alkuperäisessä aikataulussa oli mahdotonta pysyä.

10.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa liikkumiseen liittyvän fyysisen kuntoutuksen konkreettista toteutumista Harjulan sairaalan osasto 5:n kuntouttavassa hoitotyössä, koota hoitajien kokemukset yhteen ja laatia niistä raportti. Tavoitteena oli selvittää mahdolliset kehittämistarpeet jotta he voisivat kehittää toimintaansa. Tuloksista saatiin monipuolista tietoa hoitajien toteuttamasta fyysisestä kuntoutuksesta. Vastauksista ilmeni, että osaston usealla fyysiseen kuntoutukseen liittyvällä osa-alueella on puutteita. Kehittämistä löytyi sen sijaan muista tekijöistä, kuten henkilöstömitoituksesta, ympäristöstä ja hoidon suunnitteluun liittyvistä asioista.

Tutkimuksen ohjaavia kysymyksiä olivat ”Mitä on liikkumiseen liittyvä fyysinen kuntoutus Harjulan sairaalan osasto 5:n hoitotyössä?”, ”Miten liikkumiseen liittyvä fyysinen kuntoutus toteutuu osastolla hoitajien kokemana?”, ”Ovatko osaston ympäristö sekä käytössä olevat apuvälineet ja potilassiirrot fyysistä kuntoutumista tukeva?”. Tulosten pohdinta toteutetaan näiden kysymysten pohjalta.

Harjulan sairaalan osasto 5:n hoitajat ovat motivoituneita toteuttamaan kuntouttavaa hoitotyötä ja se myös näkyy vahvasti hoitajien työssä. Lisäksi hoitotyössä huomioidaan potilaan senhetkinen

tilanne yksilöllisesti. Koska osasto on sisätauti-kirurginen vuodeosasto, pitkäkestoiset haavanhoidot vievät paljon aikaa kuntoutukselta. Osastolla koettu kiire aiheuttaa kuntouttavan työotteen laadun heikkenemistä, joka näkyy muun muassa potilaiden liiallisena auttamisena. Tämä hidastaa kuntoutumista ja passivoi potilasta jatkossakin mahdollisesti odottamaan hoitajien apua. Kun kiireessä joskus tehdään asia jollain tavalla oikein, helposti jatkossa ajatellaan että viimeksikin asia tehtiin tietyllä tavalla ja samaa tyyliä jatketaan vaikka aikaa olisi enemmän. Kuntouttavan hoitotyön perustana on potilaan oma näkemys voimavaroistaan ja avun tarpeestaan. (Moilanen & Laine *s.a.*) Osastolla toteutuva kuntouttava työote pitää sisällään potilaan yksilöllisyyden kunnioittamisen, omatoimisuuden tukemisen sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisen (Mäkinen & Roivas 2009). Osaston kuntouttavan hoitotyön osalta kehittämistä olisi henkilöstöresurssien mitoituksessa. Jotta kiireeltä välttyttäisiin ja laadukas hoito pystyttäisiin turvaamaan kaikissa tilanteissa, olisi tärkeää että henkilökuntaa olisi tarpeeksi sen toteuttamiseen. Näin hoitajatkin kokisivat oman työnsä merkittävämmäksi ja vaikuttavammaksi, kun ehtisivät toteuttaa kuntouttavaa hoitoa oikeiden periaatteiden mukaan, sillä siihen heillä on osaamista.

Fyysinen toimintakyky kuvaa selviytymistä päivittäisistä perustoiminnoista, arjen askareista, vapaa-ajan toiminnasta, yhteydenpidosta muihin ihmisiin, työelämästä ja opiskelusta. Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida erilaisten mittareiden avulla, havainnoimalla, keskustelemalla potilaan kanssa sekä ympäristötekijät huomioon ottaen. (THL 2014.) Tutkimuksessa selvisi, että osastolla käytetään monipuolisesti eri toimintakykyä mittaavia mittareita sekä seurataan potilaiden toimintakykyä havainnoimalla, haastatteleamalla ja kirjausten perusteella. Tästä voidaan päätellä, että potilaiden toimintakykyä arvioidaan osastolla kattavasti.

Toisaalta tulosten perusteella mittareita hyödynnetään hoidon suunnittelussa liian vähän ja hoitosuunnitelmaa päivitetään liian harvoin. Hoitajilta nousi toive, että hoitojaksoja lyhennettäisiin entisestään ja kuntoutusta jatkettaisiin avohoidossa. Nämä asiat ja hoitajien esittämä toive liittyvät suoraan toisiinsa. Herää ajatus, että toimintakykyä kyllä arvioidaan, mutta arvioinnin tuloksia ei hyödynnetä systemaattisesti hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Hoidon suunnittelun prosessi vaikuttaa jäävän ikään kuin puolitiehen. Mittareiden runsaampi hyödyntäminen hoidon suunnittelussa auttaisi saamaan kattavampia esitietoja potilaan toimintakyvystä. Tämä helpottaisi hoidon suunnittelua potilaan todellisen toimintakyvyn ja voimavarojen mukaisesti ja välttyttäisiin ”alikuntoutumiselta”. Näin kuntoutumisprosessi voisi nopeutua ja hoitojaksot saataisiin ehkä tiivistettyä napakammiksi kokonaisuuksiksi. Olisi myös hoitajien ja potilaiden kannalta kannustavaa nähdä konkreettisesti kuntoutumisen edistymistä mittareista saatujen tulosten muodossa.

Barthelin indeksi mainittiin uutena asiana useissa vastauksissa. Se on yksi keskeisistä osastolla käytössä olevista mittareista ja sitä käytetään tutkimuksen mukaan säännöllisesti hoitojaksojen alussa ja lopussa. Barthelin indeksi on kehitetty arvioimaan aikuisten potilaiden toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa. Sen avulla voidaan arvioida hoidon tarvetta, pituutta sekä laatia potilaan hoidon etenemistä koskevia ennusteita. Siitä on muotoiltu erilaisia versioita vastaamaan eri tarkoituksia. (THL 2011-2014, B; Williams 2011.) Barthelin indeksin säännöllinen käyttö auttaa seuraamaan suunnitelmallisesti potilaiden kuntoutumisen tasoa osastohoidon aikana. Tulokset

tilastoimalla ja niitä seuraamalla voidaan nähdä, kuinka paljon keskimäärin potilaiden toimintakyky paranee osastolla ollessaan. Barthelin indeksin tulokset kertovat osaltaan osaston kuntouttavan hoidon toteutumisesta ja vaikutuksesta. Barthelin indeksi olisi hyödyllistä tehdä myös esimerkiksi ennen toimenpidettä jota seuraa pitkä kuntoutumisjakso, jotta voitaisiin verrata osastohoidon jälkeistä toimintakykyä aiempaan toimintakykyyn.

Tutkimustuloksien perusteella iltaisin ja viikonloppuisin potilaiden liikkumisen harjoittelu jää liian vähäiseksi koska henkilökuntaa ei ole silloin riittävästi potilaiden kuntouttamiseen. Tämä hidastaa potilaiden kuntoutumista ja pidentää hoitajaksoja. Tilannetta voitaisiin parantaa lisäämällä henkilökuntaa iltoihin ja viikonloppuihin.

Melkein kaikissa vastauksissa nousi uutena asiana esille, että osastolla on nykyään kuntohuone, jossa potilaat voivat tehdä käsi- ja jalkaharjoitteita erilaisten laitteiden avulla. Siellä on mahdollista myös kuunnella musiikkia ja pelata pelejä. Hoitajat käyttivät kuntohuoneesta myös termejä toimintahuone ja touhutupa, joiden ymmärsimme tarkoittavan samaa asiaa. Hoitajat kokivat, että kuntohuoneen käytössä avustamiseen ei ole kuitenkaan riittävästi aikaa ja resursseja.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että hoitajien apuvälineosaaminen on hyvää, mikä on hyvä asia, koska kuntoutusosastolla apuvälineitä tarvitaan päivittäin. Rungot ja oikeaoppinen apuvälineiden käyttö myös mahdollistaa ja nopeuttaa potilaiden kuntoutumista. Tutkimuksen perusteella apuvälineet ovat enimmäkseen ajantasaisia. Hoitajat kokivat hyvänä asiana sen, että he pystyvät itse vaikuttamaan apuvälinehankintoihin, sillä heillä on ajantasaisin tieto potilaiden tarpeista. Puutteita löytyi suurikokoisten apuvälineiden saatavuudessa, mikä voi tulevaisuudessa muodostua ongelmaksi väestössä lisääntyvän ylipainon vuoksi. Osa edelleen käytössä olevista apuvälineistä on rikkiäisiä, mikä voi aiheuttaa vaaratilanteita osastolla.

Vastauksista nousi esille, että hoitajat kokivat fysioterapian olevan erittäin tärkeä osa osaston fyysistä kuntoutusta. Fysioterapiassa selvitetään potilaan toimintakykyä, liikkumista ja hänellä olevia mahdollisia toimintarajoitteita. Fysioterapeutit antavat toimintakykyä edistävää ohjausta ja neuvoja sekä tekevät potilaan kanssa erilaisia liikeharjoituksia. Fysioterapeutit toimivat yhteistyössä hoitajien ja muun moniammatillisen työryhmän kanssa potilaan hoidon suunnittelussa. (Suomen Fysioterapeutit 2014.) Osaston hoitajat kokevat, että yhteistyö fysioterapeuttien kanssa toimii hyvin. Tuloksista voidaan päätellä, että fysioterapeutit ovat suuressa roolissa potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa. Hoitajat ja potilaat saavat fysioterapeuteilta arvokkaita ohjeita myös apuvälineiden käytössä ja oikeaoppisissa siirtymisissä, sillä ne kuuluvat fysioterapeutin osaamisalueisiin. Hoitajien ja fysioterapeuttien koulutuksessa voitaisiin panostaa ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön, jotta se tulisi luontevaksi osaksi työnkuvaa jo varhaisessa vaiheessa.

Ergonomisen työskentelyn tärkeys korostuu osaston hoitotyössä, koska kuntoutusosastolla työ on fyysisesti kuormittavaa. Vastausten perusteella voidaan päätellä, että hoitajat pyrkivät työskentelyssään ottamaan huomioon ergonomian, mutta se ei ole kuitenkaan aina mahdollista kiireen, tilanpuutteen tai potilaasta johtuvien syiden vuoksi. Henkilöstöresurssien lisääminen ja

toimivampien tilaratkaisujen löytäminen helpottaisi hoitajien ergonomista työskentelyä. Ergonomian toteutuminen nähdään niin tärkeänä, että osastolla olisi tarvetta myös toiselle ergonomiavastaavalle, joka neuvoisi hoitajia ergonomiaan liittyvissä asioissa.

Apuvälineiden oikeaoppinen käyttäminen on tärkeässä osassa ergonomian toteutumisessa sillä niiden avulla potilas saa paremmin omat voimavaransa käyttöön ja hoitajan kuormitus kevenee. Tutkimuksessa ilmeni, että osastolla on toisinaan puutteita tarkoituksenmukaisten apuvälineiden oikeaoppisessa käytössä, mikä voi aiheuttaa vaaratilanteita.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että osaston tilojen toimivuudessa on huomattavia puutteita. Tilan puute ja ympäristön epäkäytännöllisyys aiheuttaa vaaratilanteita, estää kuntouttavan hoitotyön ja ergonomian toteutumista sekä aiheuttaa ylimääräistä työtä hoitajille, mikä vie resursseja kuntoutukselta. Osaston ympäristö koettiin epäkodikkaaksi. Ympäristön esteettisyys on tärkeää, sillä kuntoutumisessa tulisi huomioida ihminen kokonaisvaltaisesti psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Osaston hyvä yhteishenki mainittiin ympäristön viihtyvyyttä lisäävänä asiana hoitajien osalta.

Vastauksissa ei mainittu mitään osaston ulkopuolisesta ympäristöstä. Tästä voidaan päätellä, että osaston kuntouttava toiminta ja hoitajien apua tarvitsevien potilaiden liikkuminen tapahtuvat suurimmaksi osaksi osaston sisällä. Osastolta poistuvilta edellytetään ehkä jo niin hyvää liikuntakykyä, että normaalit tilat riittävät siihen eikä niitä sen vuoksi ole kommentoitu.

10.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Mikään tutkimus ei ole täysin aukoton. Aina voidaan kysyä, vastasivatko hoitajat kyselyyn totuudenmukaisesti. He itse toivoivat tällaista tutkimusta, joten palvelisi heidän omaa etuaan vastata rehellisesti. Tuli vaikutelma, että osaan kysymyksistä oli vastattu miten asioiden kuuluisi tapahtua, sen sijaan että olisi kerrottu miten ne todellisuudessa osastolla tapahtuvat. Tutkimukseen liittyi myös riski, että hoitajat vastaavat kysymyksiin liian suppeasti, jolloin tutkimusaineistomme jää pieneksi. Tämä heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Osaston 20 hoitajasta kyselyyn vastasi 12 hoitajaa. Useammassa lomakkeessa oli kysymyksiä, joihin ei vastattu lainkaan tai joihin oli vastattu vain yhdellä tai muutamalla sanalla. Koska kysymyksessä on laadullinen tutkimus, vastausten määrä on kuitenkin riittävä.

Aikomuksena oli, että tutkimuksen tekijät olisivat käyneet osastolla kertomassa tutkimuksesta ja motivoimassa kohderyhmää vastaamaan kyselyyn. Tilaaja ei kokenut tätä kuitenkaan tarpeellisenä, vaan piti parempana vaihtoehtona tiedottaa asiasta itse. Kyselylomakkeiden mukana osastolle toimitettiin saatekirje, joka oli tutkijoiden ainoa keino saada vastaajat kiinnostumaan tutkimukseen osallistumisesta. Yhdyshenkilö vaihtui kesken tutkimusprosessin, mikä aiheutti hieman sekaannusta, koska tällöin tilaajan toiveet tutkimustamme kohtaan muuttuivat.

Tilaaaja halusi radikaalisti vaikuttaa kyselylomakkeemme sisältöön. Kysymyksiä muokattiin tilaajan pyynnöstä sellaisiksi, että tuloksia analysoidessamme vaikutti, että hoitajat olivat vastanneet niihin vain yleisellä tasolla. Esimerkiksi kysymykseen seitsemän ”Miten apuvälineillä pystyt tukemaan potilaan kuntoutumista?” vastattiin enemmänkin miten apuvälineiden avulla kuntoutuminen voisi parhaassa mahdollisessa tapauksessa tapahtua, kun tarkoituksena oli selvittää miten apuvälineiden avulla kuntouttaminen osastolla todellisuudessa toteutuu. Tämä heikentää tutkimuksen luotettavuutta ja antoi mahdollisesti liian positiivisen kuvan osaston toiminnasta.

Olemme tutkimuksessamme pyrkineet käyttämään mahdollisimman luotettavia ja uusia lähteitä. Suurin osa käyttämistämme lähteistä on julkaistu 2010-luvulla, mutta muutamia vanhempiakin lähteitä löytyy. Vanhemmat lähteet käsittelevät aiheita, joissa tieto ei muutu ja päivitys kovin nopeasti. Olemme lähteitä valitessamme kiinnittäneet huomiota niiden alkuperään ja julkaisuaikakohtaan. Jokaisen lähteen kohdalla olemme myös arvioineet julkaisijan luotettavuutta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa kiinnitetään huomiota tutkimuksen uskottavuuteen ja siirrettävyyteen. Jotta tutkimus on uskottava, tulokset tulisi kuvata riittävän selkeästi ja siitä tulisi olla helposti nähtävissä analyysin vaiheet sekä tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Kirjoitimme tutkimuksemme tulokset helppolukuisiksi ja helposti ymmärrettäviksi. Piirsimme kaavion analyysin toteutuksesta, mikä osaltaan selkiyttää lukemista. Tulokset eivät ole siirrettävissä mihinkään muuhun tutkimusympäristöön, koska kohderyhmämme on ainutlaatuinen eivätkä tulokset tutkimallamme osastolla kerro mitään muualla tapahtuvasta fyysisestä kuntoutuksesta. Aluksi oli vaikeuksia tutkimusmenetelmän valinnassa, mutta lopulta valitsemamme laadullinen tutkimusmenetelmä palveli tarkoituksiamme erittäin hyvin. Saimme paljon tärkeää tietoa asioista joista sitä tarvitsimme ja uutta oleellista tietoa nousi vastauksista esille. Tutkimusaineisto on laaja ja sen perusteella muodostui selkeä kokonaiskuva osaston tilanteesta fyysisen kuntoutuksen osalta. Laadullista tutkimusmenetelmää käyttämällä saimme todennäköisesti luotettavamman aineiston kuin määrällistä menetelmää käyttäen, jolloin aineisto olisi jäänyt liian suppeaksi luotettavaa tilastointia ajatellen.

Haimme tutkimustamme varten luvan Harjulan sairaalan ylilääkäriltä, jotta pääsimme toteuttamaan tutkimuksemme osastolla. Hoitajat tiesivät osallistuvansa tutkimukseen, mikä osaltaan kertoo tutkimuksen eettisyydestä. Tutkimuksessa tarkasteltiin hoitajien toimintaa heidän omasta pyynnöstään. Kenenkään henkilöllisyyttä ei tullut ilmi missään vaiheessa eikä hoitajia ollut tarkoitus mitenkään eritellä tässä tutkimuksessa, vaan kartoittaa osaston yleistilanne. Opinnäytetyön valmistuttua kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti. Hoitajat tiesivät tarkkaan, kuinka tutkimus eteni ja miten sekä mihin heidän vastauksiaan käytettiin. (Tuomi, Sarajärvi 2013, 140-141.)

10.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimustulosten pohjalta Harjulan sairaalan osasto 5 voi kehittää toimintaansa ja suunnata resursseja niihin kohtiin, joissa ilmeni kehittämistarpeita. Tässä opinnäytetyössä tutkittua aihetta ei ole aiemmin tutkittu kyseisellä osastolla, ja se oli siksi hyödyllinen tutkimusaihe. Tilaajan puolelta

ainoa mahdollinen tutkimustapa oli tutkia asiaa kyselylomakkeiden avulla hoitajien näkökulmasta. Jatkossa aihetta voisi tarkastella myös potilaiden näkökulmasta esimerkiksi haastattelujen tai potilaalle osoitettujen kyselylomakkeiden avulla. Yksi vaihtoehto olisi myös tutkia erilaisten kuntoutumista mittaavien mittareiden avulla potilaiden kuntoutumista osastojakson aikana. Jos aihetta tutkittaisiin monesta eri näkökulmasta, eri tutkimustuloksista muodostuisi luotettavampi kokonaisuus.

10.4 Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu

Noudatimme tutkimuksessamme Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeistusta. Opinnäytetyön tekeminen alkaa ideasta, minkä jälkeen laaditaan työsuunnitelma. Sitten itse työ tehdään ja lopuksi tulokset esitellään sekä arvioidaan. Opinnäytetyöprosessin myötä opiskelijan taidot hyödyntää osaamistaan kehittyvät, mikä helpottaa jatkossa asiantuntijatehtävissä toimimista. Opinnäytetyön tavoitteena on myös kehittää kriittistä ajattelua ja tiedon soveltamista käytäntöön. (Savonia 2015.) Opinnäytetyön tekeminen ajoittui pitkälle aikavälille, joten se on valmentanut meitä pitkäjänteiseen prosessiluontoiseen työskentelyyn. Valitsimme opinnäytetyön aiheen koulun opinnäytetyöpankista syksyllä 2013 ja otimme yhteyttä tutkimuksen tilaajaan. Sen jälkeen teimme aihekuvauksen ja lähdimme työstämään tutkimussuunnitelmaa. Syksyllä 2014 esitimme valmiin suunnitelman ja saimme tutkimustulokset analysoitavaksi keväällä 2015.

Puolentoista vuoden mittainen prosessi on vaatinut meiltä suunnattomasti joustamista ja kärsivällisyyttä. Prosessin jokaisessa vaiheessa olemme kohdanneet vastoin käymisiä, mutta olemme kuitenkin selviytyneet aina eteenpäin. Opimme iloitsemaan pienistäkin onnistumisista, mikä auttoi meitä pääsemään vaikeuksien yli ja jaksamaan prosessin loppuun asti. Olemme saaneet apua ohjaajaltamme opinnäytetyön eri vaiheissa, mutta tutkimuksen tekeminen on vaatinut meiltä paljon myös itseohjautuvuutta. Työtä tehdessä ryhmätyöskentelytaidot ovat kehittyneet. Ryhmätyöskentelyssä ollaan vuorovaikutuksessa muiden ryhmässä olevien kanssa ja sen tavoitteena on opettaa ajattelemista, keskustelemista ja erilaisten näkemysten jakamista. Samalla ryhmäläisen ongelmanratkaisutaidot ja kriittinen ajattelu kohentuvat. (Kajaanin ammattikorkeakoulu *s.a.*)

Tämä oli ensimmäinen tekemämme tieteellinen tutkimus. Olemme oppineet, miten tieteellinen tutkimus tehdään ja mitä eri vaiheita siihen kuuluu. Olemme oppineet myös arvioimaan kriittisemmin lähteiden luotettavuutta ja etsimään luotettavia lähteitä eri tietolähteistä.

LÄHTEET

- AHONEN, O., IKONEN, H. & KOIVUKOSKI, S. 2007. *Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty* [verkkojulkaisu]. *Sairaanhoitaja-lehti* [viitattu 20.5.2015]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>
- ATULA, S. 2015. *Kuntoutus muistisairauksissa* [verkkojulkaisu]. Duodecim Terveyskirjasto [viitattu 28.5.2015]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00860
- ESTEETÖN ASUINRAKENNUS VYP 2010. A. *Pyörätuolin käyttäjän tilantarve* [verkkoaineisto]. Invalidiliitto ry [viitattu 8.5.2014]. Saatavissa: http://www.esteeton.fi/portal/fi/tieto-osio/yleisia_lahtokohtia/pyoratuolin_kayttajat/
- ESTEETÖN ASUINRAKENNUS VYP 2010. B. *Muut liikkumisvammamat* [verkkoaineisto]. Invalidiliitto ry [viitattu 12.5.2014]. Saatavissa: http://www.esteeton.fi/portal/fi/tieto-osio/yleisia_lahtokohtia/muut_liikkumisvammamat/
- ESTEETTÖMÄT LIIKUNTATILAT 2002. A. *Kylpyhuone- ja wc-tilat* [verkkoaineisto]. Invalidiliitto ry [viitattu 12.5.2014]. Saatavissa: http://www.esteeton.fi/portal/fi/tieto-osio/rakennettu_ymparisto/hygienia-_ja_saunatilat/kylpyhuone-_ja_wc-tilat/
- ESTEETTÖMÄT LIIKUNTATILAT 2002. B. *Tuolit ja pöydät* [verkkoaineisto]. Invalidiliitto ry [viitattu 12.5.2014]. Saatavissa: http://www.esteeton.fi/portal/fi/tieto-osio/rakennettu_ymparisto/kalusteet_ja_varusteet/tuolit_ja_poydat/
- HUS s.a. *Liikunta ja toimintakyky* [verkkojulkaisu]. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 20.5.2015]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/ammattilaiselle/husn-perusterveydenhuollon-yksikko/terveyden-edistaminen/liikunta-ja-toimintakyky/Sivut/default.aspx>
- INSPIRANS 2014. *Kvalitatiivinen tutkimus luo aina uutta* [verkkoaineisto]. [viitattu 11.5.2015]. Saatavissa: <http://www.inspirans.fi/kvalitatiivinen-tutkimus/>
- KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU s.a. *Miksi ryhmätyö?* [verkkoaineisto]. Kajaanin ammattikorkeakoulu [viitattu 11.5.2015]. Saatavissa: <http://www.kamk.fi/oppiminen/Oppimisen-tyokalupakki/Tiimityokalut/Ryhma-ja-tiimi/Miksi-ryhmatyo>
- KANKKUNEN, P. & VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KETTUNEN, R., KÄHÄRI-WIIK, K., VUORI-KEMILÄ, A., & IHALAINEN, J. 2002. *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. Helsinki: WSOYpro.

KETTUNEN, Reetta, KÄHÄRI-WIIK, Kaija, VUORI-KEMILÄ, Anne & IHALAINEN, Jarmo 2009. *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. Helsinki: WSOYpro.

KRUUS-NIEMELÄ, Maria (toim. SALMINEN, Anna-Liisa) 2003. *Proteesit ja ortoosit*. Helsinki: WSOYpro.

KUNTOUTUSPORTTI 2014 A. *Kuntoutusjärjestelmät ja kuntoutusta säätelevä lainsäädäntö Suomessa* [verkkoaineisto]. [viitattu 6.5.2014]. Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/lainsaadanto/>

KUNTOUTUSPORTTI 2013. *Lääkinnällinen kuntoutus* [verkkoaineisto]. [viitattu 6.5.2014]. Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusjarjestelma/toimintakykykuntoutus/>

KUNTOUTUSPORTTI 2014 B. *Yleistä kuntoutuksesta* [verkkoaineisto]. [viitattu 6.5.2014]. Saatavissa: http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/yleista_kuntoutuksesta/

KUOPION KAUPUNKI 2013. *Harjulan sairaala osasto 5* [verkkajulkaisu]. Kuopion kaupungin verkkosivut [viitattu 26.4.2014]. Saatavissa: https://www.kuopio.fi/c/document_library/get_file?uuid=550cae43-1049-45c3-b26d-35a4f7a609d4&groupId=12159

KYLMÄ, J. & JUVAKKA, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUIDEN KY/ Hoitoketjutyöryhmä 2010. *Kuntouttava hoitotyö* [verkkoaineisto]. Terveyskirjasto Duodecim [viitattu 28.11.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01138

KÄYPÄ HOITO 2006. *Toimintakyvyn arviointi* [verkkajulkaisu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 23.8.2014]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=D44087497A0D45FAAA64E045348A034C?id=nix00522>

MCCRORY, B., BURNFIELD, J., DARRAGH, A., MEZA, J., IRONS, S., CHERNYAVSKIY, P., LINK, A. & BRUSOLA, G. 2014. *Work Injuries Among Therapists In Physical Rehabilitation* [verkkajulkaisu]. Human Factors and Ergonomics Society [viitattu 13.5.2015]. Saatavissa: <http://pro.sagepub.com/content/58/1/1072.short>

MIETTINEN, S. 2012. *Kuntoutusjärjestelmä* [verkkajulkaisu]. Kuntoutusportti [viitattu 20.5.2015]. Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutusjarjestelma/>

MOILANEN, A. & LAINE, M. *s.a. Kannattavaa kumppanuutta ja kuntouttavan työotteiden hyviä käytäntöjä* [verkkojulkaisu]. [viitattu 12.5.2015]. Saatavissa: http://www.terveyskunto.fi/PDF/Kuntouttava%20tyoote_KKKT_hankkeen%20hyvia%20kaytantoja2.pdf

QUALITATIVE RESEARCH CONSULTANTS ASSOCIATION *s.a. What is Qualitative Research?* [verkkojulkaisu]. QRCA [viitattu 20.5.2015]. Saatavissa: <http://www.qrca.org/?page=whatisqualresearch>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2015. *Opinnäytetyö (amk-tutkinnot)* [verkkoinen]. [viitattu 11.5.2015]. Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/Sivut/default.aspx>

SOSIAALI- JA TEREVYSMINISTERIÖ 2014. *Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä* [verkkoinen]. [viitattu 8.5.2014]. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/kuntoutus

SUOMEN FYSIOTERAPEUTIT 2014. *Fysioterapia ammattina*. [verkkoinen]. [viitattu 20.5.2015]. Saatavissa: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/fysioterapia-ammattina>

TAMMINEN-PETER, L. 2006. *Uudet potilassiirtomenetelmät parempia hoitajalle ja potilaalle* [verkkootikkeli]. Sairaanhoidajaliitto [viitattu 23.8.2014]. Saatavissa: https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2006/muut_artikkelit/uudet_potilassiirtomenetelmät_pa/

TAMMINEN-PETER, Leena, WICKSTRÖM, Gustav 2013. *Potilassiirrot*. Työterveyslaitoksen julkaisu. Helsinki: MIK-TOR.

THL 2011-2014, A. *RAVA-mittari* [verkkoinen]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 12.5.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>

THL 2011-2014, B. *Barthelin indeksi* [verkkoinen]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 13.5.2015]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>

THL 2014, A. *Toimintakyvyn arviointi* [verkkoinen]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 23.8.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>

THL 2014, B. *Liikkuminen* [verkkoinen]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 20.5.2015]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvallineet/oppimateriaali/laajennettu-tietopaketti-kuntoutusalan-opiskelijoille/liikkuminen>

TUOMI, Jouni, SARAJARVI, Anneli 2013. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

TÖYTÄRI, Outi, KOISTINEN, Anna-Kaisa, HILTUNEN, Nuutti & LEIVO, Harri (toim. SALMINEN, Anna-Liisa) 2003. Apuvälinekirja. Tampere: TammerPaino Oy.

U.S. National Library of Medicine 2015. *Rehabilitation* [verkkajulkaisu]. [viitattu 19.5.2015].

Saatavissa: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/rehabilitation.html>

VENETVAARA, Annikki 2012. Lonkkaleikatun potilaan hoito, Harjulan sairaala, osasto 5. Osaston ohjeet.

VENETVAARA, Annikki 2014. Opinnäytetyö kuntouttavasta hoitotyöstä. Outlook Web App [sähköpostiviesti]. [26.5.2014]. Saatavissa: <http://posti.savonia.eu>

VIRTUAALI AMMATTIKORKEAKOULU 2007. *Kyselyyn perustuvan tutkimuksen suorittaminen* [verkkoaineisto]. [viitattu 15.09.2014]. Saatavissa:

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289345955/1194290010211.html>

WILLIAMS, G. 2011. *Barthel Index* [verkkajulkaisu]. Encyclopedia of Clinical Neuropsychology [viitattu 20.5.2015]. Saatavissa: http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-0-387-79948-3_1795

LIITE 1

Arvoisa vastaaja,

Olemme kaksi viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Kuopion Savonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Harjulan sairaala osasto 5:n kanssa.

Opinnäytetyön nimi on Fyysinen kuntoutus osana kuntouttavaa hoitotyötä – Harjulan sairaala osasto 5. Tavoitteenamme on selvittää osastonne nykytilanne päivittäisen fyysisen kuntoutuksen osalta **hoitajien näkökulmasta.**

Kyselyyn vastataan nimettömästi. Lomakkeet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Lomakkeen täyttäminen vie aikaa noin tunnin verran. Osastonhoitaja tukee tutkimustamme ja varaa teille aikaa lomakkeen täyttämiseen työajalla. Toivomme siis, että pysähdyt hetkeksi ja annat aikaasi kysymyksiin vastaamiselle, sillä saamme Sinulta tärkeää tietoa osastonne kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi. Harjulan sairaala pyrkii olemaan tulevaisuudessa kuntouttavan hoitotyön johtava yksikkö. Kyselyyn vastaamalla voit osaltasi vaikuttaa tämän toteutumiseen.

Jos haluat kysyä jotain tutkimuksesta tai kyselylomakkeesta, voit ottaa meihin yhteyttä sähköpostitse.

Yhteistyöterveisin,

Maiju Häkklä
sairaanhoitajaopiskelija
maju.k.hentila@edu.savonia.fi

Maaria Tupamäki
sairaanhoitajaopiskelija
maaria.m.tupamaki@edu.savonia.fi

LIITE 2

Kyselylomake

Kuntoutus

1. Millä tavoin kuntouttava työote näkyy Sinun päivittäisessä työskentelyssäsi?

Päivittäiset toiminnot

2. Millä tavoin ja missä tilanteissa osastollanne tuetaan potilaan omatoimisuutta päivittäisten toimintojen yhteydessä?

Fyysinen kuntoutus

3. Miten ja kuinka usein seuraatte potilaiden toimintakyvyn edistymistä? Kerro myös osastollanne käytettävistä mittareista ja niiden osuudesta hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa.

4. Minkälaista yhteistyötä teette osaston fysioterapeuttien kanssa?

Liikkuminen

5. Minkälaiset mahdollisuudet osastonne erikuntoisilla potilailla on päivittäiseen liikkumisen harjoitteluun? Huomioi myös akuutit potilaat ja jatkohoitopaikkaa odottavat.

6. Miten liikkumisen/siirtymisen apuvälineitä on saatavilla ja käytössä osastollanne?

7. Miten apuvälineillä pystyt tukemaan potilaan kuntoutumista?

8. Miten avustat potilasta siirtymisessä ja miksi?

9. Miten siirtymisen avustaminen ergonomisesti toteutuu?

Ympäristö

10. "Esteetön ympäristö on jokaisen käyttäjän kannalta toimiva, johdonmukainen ja turvallinen."

Miten tämä kuvaa osaston fyysisiä tiloja potilaiden kuntouttamista ajatellen?

11. Kerro osaston ympäristön kuntoutumista tukevista ja sitä haittaavista tekijöistä.

Kiitämme antamastasi ajasta ja vastauksistasi!

Maiju Häkkilä ja Maaria Tupamäki